Série 1. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 474.

5.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DU CORPS THYROÏDE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le mercredi 24 juillet 1889

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis ORCEL

Ex-externe des hôpitaux de Lyon

Lauréat du prix Saint-Olive (Concours 1883)

Ex-interne des hôpitaux de Lyon et de la clinique obstétricale (Concours 1885)

Lauréat du prix Bouchet (Section de chirurgie) Concours 1889

Membre adjoint de la Société des Sciences médicales

Membre de la Société d'anthropologie

Né à Vienne (Isère), le 29 mai 1864





LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. — F. PLAN, DIRECTEUR

Juillet 1889.

Série 1. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 474.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DU CORPS THYROÏDE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le mercredi 24 juillet 1889

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis ORCEL

Ex-externe des hôpitaux de Lyon

Lauréat du prix Saint-Olive (Concours 1883)

Ex-interne des hôpitaux de Lyon et de la clinique obstétricale (Concours 1885)

Lauréat du prix Bouchet (Section de chirurgie) Concours 1889

Membre adjoint de la Société des Sciences médicales

Membre de la Société d'anthropologie

Né à Vienne (Isère), le 29 mai 1864





LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. — F. PLAN, DIRECTEUR

Juillet 1889.

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. . . . . Doyen.
GAYET. . . . . Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE. BONDET.
Cliniques chirurgicales	OLLIER. TRIPIER (Léon)
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophthalmologique	GAYET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON.
Clinique des Maladies mentales	PIERRET.
Physique médicale	MONOYER.
Chimie minérale	GLÉNARD.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	CAUVET.
Zoologie et Anatomie comparée	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	TEISSIER (J.).
Pathologie externe.	BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générale	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPIER (Raymond).
Médecine opératoire	PONCET.
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	ROLLET.
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEURS-ADJOINTS

Clinique des Maladies des Femmes	LAROYENNE.
Clinique des Maladies des Enfants.	X., agrégé.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements	MM. POULLET, agrégé.
Botanique.	BEAUVISAGE, id.

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. LEVRAT.	MM. RODET.
BARD.	FLORENCE.	LINOSSIER.	SABATIER.
BEAUVISAGE.	HUGOUNENQ.	PERRET.	WEILL.
BOUVERET.	JABOULAY.	POLLOSSON.	VINAY.
CHANDELUX.	LANNOIS.	POULLET.	

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. R. TRIPIER, *Président;* M. PIERRET, *Assesseur;* MM. BARD et POLOSSON, *Agrégés.*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

HENRY ORCEL

DOCTEUR EN MÉDECINE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A LA MÉMOIRE

DU PROFESSEUR RAMBAUD

AU DOCTEUR DIDAY

EX-CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HOSPICE DE L'ANTIQUAILLE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. LÉTIÉVANT, D. MOLLIÈRE, R. TRIPIER,
BARD, PERRET, L. TRIPIER, AUBERT, PONCET,
OLLIER, FOCHIER

AU DOCTEUR C. LAUGIER

A MES AMIS



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DU CORPS THYROÏDE

INTRODUCTION

L'idée première de ce travail revient à notre maître, M. le professeur agrégé Bard, qui, après avoir observé dans son service à l'hôpital Saint-Pothin deux cas de cancer du corps thyroïde, nous a engagé à faire des recherches à ce sujet et n'a cessé de nous prodiguer ses conseils. Qu'il reçoive ici l'expression de notre vive reconnaissance.

Le cancer thyroïdien est beaucoup plus répandu qu'on ne le croit généralement, et contrairement à l'opinion de Scarpa, Virchow, Duplay et Cornil, nous croyons avec Houël, Marchant et le professeur

Poncet que le cancer primitif est plus fréquent que le cancer secondaire.

Nous avons nous-mêmes vu ou suivi pendant notre internat la plupart des malades dont les observations sont rapportées ici. Nous avons nous-mêmes pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine l'examen des pièces qui s'y rapportent ainsi que les recherches histologiques, et nous sommes en mesure d'apporter dix-huit observations.

D'accord avec la plupart des auteurs sur l'âge auquel se développe l'affection aussi bien que sur l'influence du goître antérieur, nous n'insisterons pas sur ces deux points. Mais ce que nous voulons montrer, c'est que le cancer du corps thyroïde présente des caractères propres aux éléments de cet organe, dont il possède les attributs évolutifs essentiels. Nous voulons, en un mot, montrer que les tumeurs thyroïdiennes n'échappent pas à la loi générale posée par M. Bard. Aucun organe, en effet, n'est capable de vérifier cette loi au même titre que le corps thyroïde, dont les éléments constituants possèdent des caractères plus nettement définis et partant, plus facilement appréciables.

Mais à côté de cette étude d'anatomie et de physiologie pathologique, nous croyons devoir placer celles des phénomènes cliniques. Ces deux parties de la pathologie sont connexes ; elles se prêtent un mutuel appui et sont inséparables.

Avant d'entrer dans l'étude de notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser nos sentiments de profonde gratitude à M. le professeur R. Tripier, pour

la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli dans son laboratoire et pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

M. le Pr Poncet, M. D. Mollière, MM. les professeurs Ollier, Léon Tripier et Sabattier ont également droit à notre reconnaissance pour les documents précieux qu'ils nous ont transmis.

Nous remercions aussi nos amis le Dr Albertin, prosecteur à la Faculté, et M. Charles Audry, interne des hôpitaux, qui nous ont abandonné les observations intéressantes qu'ils possédaient sur la question.

Merci également à nos excellents amis les Drs Reymond et Meurer, qui nous ont puissamment aidé dans les traductions des textes allemands

Que tous nos maîtres à la Faculté et dans les hôpitaux reçoivent ici nos remercîments pour la bienveillance dont ils ont toujours fait preuve à notre égard.

Nous ne saurions oublier un maître regretté, le professeur Rambaud, qui nous a toujours entouré de la plus vive sollicitude.

Adressons enfin le témoignage de notre profonde reconnaissance au Dr Diday, ex-chirurgien major de l'Antiquaille, pour les nombreuses marques d'affection et d'intérêt qu'il n'a jemais cessé de nous prodiguer.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

Il semble, dit Coulon, dans sa thèse, qu'il y ait au sujet de l'envahissement du corps thyroïde par le cancer quelque loi qui préside à la marche de l'affection. En effet, Houël constate que le cancer thyroïdien est le plus souvent localisé à un lobe unique au moins à son début. Presque toujours le lobe latéral envahi est transformé en une masse unique, plus ou moins volumineuse, suivant le cas. Les observations où la néoplasie a débuté dans l'isthme et y est restée localisée au moins pendant un certain temps, paraissent rares. Toutefois nous en rapportons deux exemples. L'un et l'autre lobe paraissent être envahis avec une égale fréquence. Mais dans certains cas le corps thyroïde est le siège d'un grand nombre de noyaux cancéreux très petits en général, disséminés sur tout le tissu indistinctement et qui vont à la rencontre les uns des autres pour former une masse unique. D'après Houël, ce serait surtout dans le cancer primitif qu'on rencontrerait une masse unique tandis

que les noyaux disséminés seraient plus fréquents dans le cancer secondaire.

Le volume d'après Houël est subordonné à la forme du cancer; l'encephaloïde atteindrait, en général, assez rapidement un volume considérable tandis que le squirrhe resterait plus petit.

La consistance est tantôt dure tantôt molle. En certains points on peut percevoir de la fausse fluctuation et même de la fluctuation franche dans les parties qui ont subi la dégénérescence kystique.

En général lisse, la tumeur peut être plus ou moins bosselée et présenter des empreintes produites soit par les sangles musculaires, soit par la fourchette sternale. Mais quelquefois les bosselures ne sont qu'apparentes et sont dues à l'adjonction à la masse principale de masses secondaires, développées dans les ganglions cervicaux et qui sont le plus souvent difficiles à séparer par la palpation de cette masse primitive.

Un fait capital à noter bien mis en lumière par Rose et Paul Berger, c'est que la peau n'est presque jamais envahie. Le cancer du corps thyroïde ne s'ulcère jamais. C'est à peine si parfois on note un peu d'œdème de la peau et des dilatations veineuses au devant de la poignée sternale, phénomènes en rapport avec l'envahissement des ganglions du médiastin.

Quelquefois localisé à la glande, le cancer thyroïdien s'étend le plus souvent du côté des organes voisins qui sont presque toujours refoulés par la tumeur ou englobés dans sa masse. Le plus souvent, en

effet, elle contracte des adhérences nombreuses et précoces avec les parties ambiantes, si bien que parfois la tumeur ne suit plus les mouvements du larynx dans la déglutition. Rappelons à ce sujet notre observation IX, dans laquelle l'adhérence à la membrane crico-thyroïdienne était telle qu'en essayant d'enlever la tumeur, M. Poncet pratiqua une véritable laryngotomie et dut mettre une canule en place.

La trachée qui est en rapport direct avec le corps thyroïde est la première à subir les fâcheuses influences de ce voisinage. Elle ne tarde pas, en effet, à être déplacée ou comprimée et suivant que la tumeur siège dans l'organe tout entier ou dans un lobe unique, on a l'aplatissement bi-latéral en fourreau de sabre, l'aplatissement artero-postérieur, ou le déplacement latéral de la totalité de la trachée.

Salinier signale dans sa thèse inaugurale une forme de cancer (squirrhe atrophique) qui entraîne des compressions de la trachée par les adhérences qu'il contracte avec les parties voisines, mais surtout par la tendance qu'il a à la rétraction.

Le larynx, lui aussi, peut souffrir de compressions exercées par la tumeur et dans un cas présenté à la Société anatomique par M. Sestier, la cavité du larynx ne permettait pas à l'extrémité du petit doigt de s'introduire dans sa partie sous-glottique.

Les déformations de la trachée ne sont pas toujours persistantes, et la trachée peut quelquefois reprendre sa forme première si on la soustrait à la cause de compression. Il faut toutefois en excepter

les cas dans lesquels la trachée a subi cet affaissement par ramollissement inflammatoire sur lequel a tant insisté Rose. Mais d'après Bircher cette altération serait rare dans le goître cancéreux, peut-être, dit Rose, parce qu'à l'âge où se développe le cancer, les cerceaux cartilagineux sont rigides et résistent d'autant mieux. — Quant à nous, nous ne l'avons jamais observé.

Il faut encore mettre à part les cas où le larynx et la trachée ont été envahis par la dégénérescence cancéreuse. — Lebert et Rose signalent des cas de perforation de la trachée.

Les voies digestives, elles aussi, peuvent participer à l'envahissement du cancer. Karl, Cornil et Rose ont noté des perforations de ce conduit.

Mais là n'est pas la seule raison des difficultés de la déglutition. L'œsophage n'échappe pas aux phénomènes de compression. L'apparition des phénomènes qui la révèlent précéderait même ceux qui annoncent la compression des voies aériennes. Elle varie suivant le volume de la tumeur. Notons que pour Albert, la grande cause de dysphagie serait l'adhérence de la tumeur aux constricteurs de l'œsophage. Les vaisseaux voisins du corps thyroïde subissent également des lésions en rapport avec le développement de la tumeur. Citons le cas de Lebert où l'ouverture de la carotide fut suivie d'une hémorrhagie mortelle, bien que les cas de cette nature soient très rares dans la littérature médicale. Les lésions veineuses abondent au contraire. Perforation et thrombose des troncs veineux divers de la région, thyroïdiennes,

jugulaires, veine innominée, veine cave supérieure ont été notées par Fœrster, Billroth, Kaufmann, Gussenbauer, Jaupitre, Socin, Mathieu, etc.

Les ganglions lymphatiques du cou sont presque toujours envahis et présentent la dégénérescence cancéreuse analogue à celle du corps de la tumeur, et ces masses secondaires s'adjoignent à la masse principale pour déterminer des phénomènes de compression plus étendus.

Il nous reste à parler au point de vue des phénomènes de voisinage de la compression que peuvent subir les faisceaux nerveux du cou. Le voisinage des nerfs recurrents, des pneumogastriques, grand sympathique et de certaines paires cervicales rend compte des troubles observés, douleurs au niveau de la tumeur, troubles de la phonation, aphonie ou dyphonie, troubles de la déglutition, dilatation de la pupille. Tantôt c'est un épaississement de la gaine fibreuse du nerf comme dans l'observation de Mathieu pour le pneumogastrique, tantôt le nerf lui-même est plus ou moins dgénéré comme dans l'observation de Ballet pour le même nerf.

Kaufmann, Rose, Kocher, Türck et beaucoup d'autres ont noté la compression des recurrents; Kaufmann, Cornil, Trélat et von Brüns celle du sympathique.

Les muscles du cou peuvent également être atteints soit par inflammation de voisinage, soit de dégénérescence graisseuse, soit enfin de dégénérescence néoplasique. Nous n'avons jamais trouvé ces altérations dans nos observations, mais Salinier les signale dans

la relation d'une autopsie ainsi que Jaupitre, et nous avons vu souvent M. D. Mollière attacher une grande importance diagnostique dans le cancer thyroïdien à l'impossibilité où était le malade de relever sa tête sans le secours de ses mains.

Avant d'abandonner la région cervicale ajoutons l'envahissement possible du sternum comme dans le cas de Fœrster et notre observation III. La clavicule serait rarement atteinte et plus rarement encore la colonne vertébrale comme dans le fait de Socin.

Doivent encore trouver place dans ce chapitre des lésions plutôt d'ordre mécanique, telles que celles indiquées par Houël, dilatation des bronches et de la trachée, lésions pulmonaires, emphysème, pneumonies.

Rose insiste sur la dilatation du cœur avec atrophie des parois par suite de l'excès de travail auquel il est soumis; il rapporte même un cas de mort par ce mécanisme.

Nous en avons fini avec les phénomènes de voisinage; mais il est un point sur lequel tous les auteurs sont d'accord, c'est la facilité et la rapidité de la généralisation. « Il est sans exemple, disent Follin et Duplay qu'un cancer du corps tyroïde ne soit pas accompagné d'une généralisation hâtive. » Cette généralisation se fait par un double mécanisme de proche en proche ou à distance. Nous ne reviendrons pas sur l'envahissement des organes voisins, mais nous nous arrêterons quelques instants sur le second mode de généralisation. Comment se fait cette propagation? C'est là une question à laquelle parait répondre

d'une façon assez satisfaisante, l'observation publiée par M. Mathieu dans le numéro du 8 avril 1882 du *Progrès médical*. Dans cette observation nous trouvons notée la perforation de la veine jugulaire gauche avec issue dans son intérieur de bourgeons charnus ayant pénétré jusque dans le cœur. En même temps on remarque l'envahissement du cœur lui-même et du poumon. On peut donc se demander avec M. Mathieu si des particules emboliques, de véritables greffes cancéreuses ne sont pas venues se fixer sur l'endocarde et n'ont pas été lancées de là dans la circulation pulmonaire, d'autant mieux, dit M. Mathieu, que l'envahissement du cœur est plus prononcé et paraît avoir débuté par le cœur droit.

Quoi qu'il en soit, les poumons et le médiastin sont les organes où les foyers métastatiques sont le plus fréquemment observés. Tantôt on trouve un noyau pulmonaire unique, tantôt, comme dans le cas d'Éberth, de nombreux noyaux, ordinairement superficiels, d'une grosseur variant entre celle d'une granulation tuberculeuse et celle d'un haricot. Rappelons ici ce que nous avons dit à propos de la généralisation au pharynx, à l'œsophage, au larynx, à la trachée, au médiastin et aux ganglions cervicaux. Quant aux autres organes ils sont plus rarement atteints, c'est le thymus, le foie, le cœur, l'intestin, etc.

Citons comme localisations rares de ces foyers les faits que nous rapportons, l'un dans lequel on trouve des noyaux secondaires dans les muscles soléaires et jumeaux, et deux autres dans lesquels il y avait des noyaux cutanés multiples.

Il convient de dire aussi que les os paraissent être un siège de prédilection pour ces généralisations.

M. le professeur Poncet a constaté l'augmentation du nombre des globules blancs d'une façon très nette dans trois cas où il s'agissait de sujets cachectiques. Dans les observations où ce fait a été particulièrement recherché, nous n'avons rien trouvé de semblable, mais notre étude a porté sur un nombre de cas trop restreint pour qu'il nous soit permis de conclure.

Le corps thyroïde, cancéreux, en général, augmenté de volume, de forme irrégulière, parfois bosselé, présente à la coupe une consistance molle. La surface de section offre une coloration blanc gris sale. On trouve assez fréquemment des points hémorrhagiques. Parfois le centre de la tumeur est en dégénérescence et n'est plus constitué que par une masse molle diffluente, dont la coloration, plus ou moins jaunâtre, tranche sur la surface de section de la tumeur. En certains points on observe de véritables kystes, ailleurs des points crétacés, infiltrés de sels calcaires.

Quant aux noyaux secondaires ils offrent à la coupe le même aspect gris sale, luisant si bien que parfois il devient difficile de distinguer ce qui appartient au corps thyroïde de ce qui est noyaux ganglionnaires.

Signalons, en terminant, la sensation glissante et surtout les filaments glaireux que fait apparaître le mélange avec le savon blanc du suc exprimé soit de la tumeur principale, soit des tumeurs secondaires.

Ce phénomène est noté en détail dans notre observation II, où il a été signalé et décrit par M. Bard, et nous l'avons également constaté dans plusieurs de nos observations.

HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

En abordant l'étude histologique du cancer thyroïdien, nous entrons dans un chaos inextricable, dont peut seule donner une idée une description des classifications aussi artificielles que variées qu'ont proposées les auteurs. Nous passerons donc en revue, aussi rapidement que possible, les plus importantes, pour montrer ensuite la manière dont nous envisageons la question.

Lebert nous donne très peu de renseignements sur la structure du cancer thyroïdien et sur ses variétés. D'après lui, il n'y a rien de spécial ; on y trouve, dit-il, de très belles cellules cancéreuses. Lücke admet trois variétés histologiques de tumeurs cancéreuses : le squirrhe, l'encéphaloïde et l'épithéliome. D'après lui et d'après Follin et Duplay, qui le citent, la forme la plus fréquente serait l'encéphaloïde.

Si l'on se reporte à la thèse d'agrégation d'Houël, il n'y aurait d'autre forme que le squirrhe et l'encéphaloïde.

Cornil et Ranvier avancent qu'il s'agit, dans la plupart des cas de tumeurs primitives du corps thyroïde, d'épithéliomes et non de carcinomes.

C'est que, comme l'avoue Coulon, il est parfois très difficile de distinguer l'épithéliome de l'encéphaloïde, quand, par exemple, dans une préparation histologique de cancer thyroïdien, les néoformations de tissu, qu'on est habitué à trouver dans ces cas ne présentent pas l'aspect régulier et typique du stoma carcinomateux, mais qu'au contraire il y a une prolifération cellulaire épithéliale considérable, qui domine tous les autres détails.

Voici comment Cornil décrit l'épithéliome, d'après l'examen d'une pièce anatomique qu'il avait eue entre les mains : « Les cellules épithéliales des follicules se transforment *in situ* en grosses cellules claires munies de noyaux et de nucléoles volumineux. Par places, on observe des végétations cellulo-vasculaires, recouvertes d'une couche de cellules et faisant saillie dans l'intérieur du follicule. Le centre de la végétation présente des cellules embryonnaires ainsi que du tissu conjonctif périvasculaire, et à côté des vésicules malades, on en trouve de saines contenant encore de la matière colloïde. »

En face de cette description, nous trouvons dans la thèse d'agrégation de M. Boursier, un examen histologique dû à M. Malassez, examen d'une tumeur dans laquelle, à côté des lésions vésiculaires signalées dans le fait de M. Cornil, il y avait une prolifération cellulaire infiltrant les cloisons conjonctives qui avaient subi un développement inverse de celui des

masses cellulaires et se réduisait, en certains points à un simple reticulum de travées excessivement tenues.

M. Malassez conclut, dans ce cas, à un carcinome du corps thyroïde de l'espèce dite encéphaloïde. Le carcinome paraît s'être développé aux dépens de l'épithélium et d'après les différents aspects des préparations, on peut, dit M. Malassez, suivre pour ainsi dire le développement complet de la tumeur. Il y aurait d'abord prolifération exagérée de l'épithélium. Celui-ci bourgeonne parfois à l'intérieur des cavités normales, mais le plus souvent envoie dans la trame conjonctive qui prolifère elle aussi des bourgeons épithélioïdes pleins cylindriques, plus ou moins allongés, s'entrecroisant en tous sens.

En présence de résultats aussi discordants, M. Boursier se demande si dans le cas de Cornil et Ranvier il n'y aurait pas un cas de carcinome d'origine épithéliale étudié au milieu de son développement et n'étant pas encore parvenu à l'état carcinomateux parfait. D'autant que Cornil reconnaît, à la suite de son observation, que les cellules en place étaient cylindriques, mais que les cellules libres présentaient une forme irrégulièrement polyédrique ou ronde, et qu'en outre la néoplasie du tissu conjonctif ne répondait pas à la forme de tubes pleins tapissés de cellules cylindriques, mais consistaient simplement dans une infiltration de grosses cellules entre les fibres du tissu conjonctif. Il est vrai d'autre part, qu'il leur est difficile de classer cette tumeur parmi les carcinomes parce que les néoformations du tissu conjonctif ne

présentaient pas l'aspect régulier de la trame du carcinome. Aussi pour eux, est-ce une forme d'épithéliome intermédiaire aux types qui leur ont servi à établir leur classification des tumeurs. Et ils ajoutent plus loin : « Il faut bien savoir en effet, que certains faits isolés de tumeurs ne rentrent pas absolument dans la description d'un type défini et qu'ils établissent le passage d'une variété à une autre. »

A la suite de leur description, Cornil et Ranvier ajoutent que Luigi Giffrini a fait connaître un cas analogue au leur, et comme dans la tumeur qu'il a observée, le nombre des bourgeons saillants dans les alvéoles était considérable, il a cru devoir lui donner le nom de papillome infectant.

Eberth décrit l'épithéliome de la façon suivante :

Du milieu d'un stroma peu abondant, on voit des cordons de cellules et de follicules arrondis qui portent des bourgeons en partie solides, en partie creux, à côté de petits follicules parfaitement isolés et de petits amas cellulaires arrondis. Le revêtement des gros follicules et de ceux de moyenne grosseur est un épithélium formé de cellules petites et cylindriques ; les petits follicules et les amas cellulaires solides renferment des cellules cubiques assez aplaties, du volume et de la forme des cellules épithéliales des follicules de la glande normale. Il existe une petite quantité de matière colloïde dans les vésicules décrites et les amas cellulaires. Il a observé la même disposition dans les noyaux secondaires de même que Lücke et W. Müller.

L'encéphaloïde, d'après Krishaber, atteint le volume

le plus considérable. Il débute ordinairement par les follicules, bien que A. Key ait vu la néoplasie se développer primitivement dans les cloisons celluleuses de la glande. Les cellules prolifèrent, infiltrent le tissu conjonctif qui s'atrophie et limitent ainsi des alvéoles de nouvelle formation, dont le contenu subit bientôt la régression graisseuse ou la dégénérescence colloïde et forme des kystes dont les parois peuvent s'infiltrer de sels calcaires. A la coupe, ces lésions rappellent à première vue, celles du goître calcifié. Dans un cas de Giraudeau, cité par Krishaber, la section du lobe gauche révéla une foule de petites cavités de la capacité d'un pois, limitées par des parois calcaires et remplies de tissu néoformé mou et rosé. On reconnut à l'analyse histologique un encéphaloïde.

On peut observer aussi des ectasies vasculaires qui deviennent le point de départ d'hémorrhagies interstitielles.

On se trouve, en somme, en présence d'un mélange d'altérations, dont les unes dépendent directement du processus néoplasique et dont les autres proviennent de la dégénérescence des éléments normaux, ou ne sont que des lésions réactionnelles, déterminées autour de lui par le travail néoplasique.

L'aspect est alors très complexe, et, il est parfois difficile, dit Krishaber, de distinguer l'épithéliome de l'encéphaloïde, qui ont le même point de départ.

Ce qui distingue ces deux variétés, c'est l'existence d'un stroma alvéolaire, d'origine conjonctive et ayant une certaine régularité qu'on n'observe que dans le carcinome.

Quant à l'altération, connue autrefois sous le nom de squirrhe de la glande thyroïde, elle ne serait autre chose, d'après Rindfleich, que l'induration conjonctive du goître hyperpasique. — Voici les caractères que lui assigne Coulon : Les travées celluleuses sont épaissies et résistantes. Assez souvent les cellules des alvéoles offrent une altération granulo-graisseuse et disparaissent en partie au moins. Aussi la tumeur ne tend elle pas à prendre de grands développements. Elle se présente sous la forme d'une tumeur peu volumineuse, bosselée, inégale, dure, lobulée comme tubéreuse. A la coupe , on éprouve une certaine résistance. Le tissu crie sous le scalpel. La surface de section est bleuâtre, opaline. La vascularisation est ordinairement peu marquée. Rindfleich décrit dans le squirrhe plusieurs zones en rapport avec les modifications que subissent les éléments du cancer fibreux, depuis sa partie périphérique en voie de développements jusqu'à son centre en voie de regression.

A la classification de Lücke et à la description de Cornil, Rose ajoute le sarcome dont il rapporte trois cas.

Les auteurs reproduisent, à peu près tous, la description qu'en donne M. Mathieu, dans le *Progrès médical*. — Voici cette description : « Les éléments normaux de la glande avaient disparu par places et étaient remplacés par des amas de cellules embryonnaires de petit volume, arrondis, très nombreux. En d'autres endroits, les follicules clos étaient encore reconnaissables et apparaissaient sous forme de masses jaunes, homogènes, refringentes, séparées

par des cloisons conjonctives minces. Çà et là, les travées avaient disparu et les vésicules communiquant alors entre elles, se présentaient sous l'aspect d'une grande cavité pleine de substance jaune. Dans les points moins malades, on voyait des bourgeons sarcomateux pénétrer dans les follicules et repousser la matière colloïde qu'ils contenaient. De loin en loin, on trouvait de petits blocs colloïdes non circonscrits par une couche épithéliale et qui représentaient, sans doute, un mode de disparition de ces éléments. Le tissu conjonctif avait disparu dans les points les plus malades, mais dans ceux où la transformation sarcomateuse n'était pas complète, on trouvait des faisceaux conjonctifs servant de supports aux éléments embryonnaires.

Ziegler paraît résumer les différentes classifications en tenant compte, dans sa description, de toutes les variétés signalées. On rencontre, dit-il, dans la glande thyroïde des tumeurs malignes qui sont des tumeurs épitheliales et des tumeurs conjonctives.

Ces tumeurs se distinguent des tumeurs bénignes en ce sens qu'elles dépassent le tissu même de la glande pour se généraliser aux tissus voisins. Les tumeurs épithéliales sont composées d'un ou plusieurs noyaux néoplasiques, de consistance molle, siégeant dans un lobe et entourés de tissu normal ou pathologique. Il est rare que toute la glande soit transformée en tissu cancéreux.

Le plus souvent le tissu cancéreux a les caractères d'un carcinome typique ; cependant on rencontre des tumeurs qui doivent être comptées au nombre des

adénomes malins. Dans quelques cas on observe des boyaux glandulaires tapissés d'un épithélium cylindrique haut et dans les vésicules se développent des papilles; d'où la dénomination d'adénome papillifères donnée à ces tumeurs. D'après Ziegler les cancers du corps thyroïde ont le plus souvent la forme du carcinome simple ou du carcinome médullaire dont les formations épithéliales sont constituées par des cellules ovales ou polymorphes. On rencontre rarement des cancers à épithélium plat.

Les tumeurs du tissu conjonctif se présentent sous forme de sarcome se développant sur un goître préexistant. Il distingue le sarcome à cellules rondes, le sarcome à cellules fusiformes et le sarcome à cellules indifférentes, à cellules géantes, l'angiosarcome, le sarcome alvéolaire.

Cette classification paraît avoir, sur les autres, l'avantage de faire rentrer dans son cadre les adénomes malins, dont un des caractères serait la transplantation à distance par métastase et que l'on doit considérer comme une affection cancéreuse du corps thyroïde. Ainsi les observations de Cohnheim, d'Heschl, d'Eberth et de Wœlfler, trouvent ici leur place. Tel est aussi l'avantage de la classification de Wœlfler adoptée par Jeannel.

Wœlfler divise les tumeurs malignes du corps thyroïde en adénomes malins, carcinomes et sarcomes.

Sous le nom d'adénomes malins, il décrit des tumeurs qui semblent posséder tous les caractères du cysto-adénome proliférant ou de l'adénome interacineux.

Cohnheim et Heschl sont partis de leurs observations pour soutenir que la malignité d'une tumeur dépend moins de l'aptitude des cellules à proliférer que du sujet lui-même. Mais le malade de Heschl avait, d'après l'examen de Wœlfler, un carcinome; et ce dernier dit, à ce propos, qu'il serait tout à fait illégitime de tirer de l'apparence microscopique des tumeurs métastatiques consécutives à un goître des conclusions quelconques sur la nature de la tumeur primitive; car c'est un fait remarquable et confirmé par Lücke, Müller, que les néoformations métastatiques, provenant de tumeurs développées primitivement dans le corps thyroïde et spécialement du carcinome de cette glande, se distinguent par la simplicité de leur forme et par la présence de vésicules normales.

Eberth a décrit dans le poumon des noyaux secondaires consécutifs à un épithéliome du corps thyroïde et qui présentaient les caractères de la glande normale. Il qualifie le phénomène de « retour vers le mieux ».

Wœlfler relate l'observation d'une tumeur développée dans le frontal gauche d'un goîtreux, tumeur dont l'aspect rappelait celui de l'organe normal, mais dont malheureusement la tumeur primitive n'a pas été examinée.

Il résulte, d'après Wœlfler, que cerains adénomes qui, au premier abord, n'offrent pas les caractères histologiques du carcinome, sont en réalité des carcinomes; car après s'être cliniquement conduits comme des carcinomes, ils finissent, si la vie se prolonge,

par en prendre les caractères histologiques. C'est ensuite, que dans les cas de carcinome thyroïdien le tissu des tumeurs secondaires prend la structure du tissu thyroïdien normal.

En somme, Wœlfler réunit dans ce groupe :

1° Les tumeurs qui, par leur structure, ressemblent parfaitement aux adénomes en général, mais qui prennent un accroissement rapide et récidivent après extirpation, sans toutefois présenter dans ces récidives la même énergie dans le travail d'accroissement, ni aucune tendance à la métastase;

2° Des tumeurs qui, par leur structure histologique, s'écartent déjà du type de l'adénome, mais qui ne peuvent être regardées comme des carcinomes, parce que leurs formes histologiques ne présentent pas encore l'achèvement et le perfectionnement du carcinome;

3° Les goîtres gélatineux typiques, qui produisent à distance des tumeurs métastatiques comme les carcinomes les plus malins.

Au point de vue des carcinomes, Wœlfler distingue :

1° Le carcinome alvéolaire (squirrhe, carcinome médullaire);

2° Le cancer à cellules cylindriques épithéliales;

3° Le cancer à cellules plates.

Et en tenant compte de l'aspect de la trame interstitielle et nourricière, il adopte la classification suivante :

1° Carcinome alvéolaire;

2° Carcinome alvéolaire fibreux (squirrhe);

3° Carcinome alvéolaire myxomateux (Ziegler);

4° Carcinome alvéolaire tetangiectasique (Rindfleich).

Le carcinome alvéolaire serait la forme la plus fréquente. Voici la description qu'en donne Wœlfler : Dans des espaces ronds, ovales ou très allongés, limités par des tractus plus ou moins larges et par des vaisseaux, sont des cellules rondes ou ovales, réunies en amas sans substance intercellulaire et remplissant complètement les espaces. Souvent ces cellules apparaissent à l'état de noyaux, leur protoplasma se trouvant mêlé et fondu. Les noyaux rappellent par leurs dimensions des globules rouges du sang. Dans son développement ultérieur le carcinome perd sa structure alvéolaire lorsque les tractus conjonctifs limitant les grands espaces s'ouvrent pendant la prolifération cellulaire et ne forment plus une ligne continue. Après le riche développement du tissu conjonctif du carcinome il apparaît ou comme une tumeur dure squirrheuse traversée par de larges tractus conjonctifs ou bien comme une masse médullaire incluse dans des tractus conjonctifs lâches. Il infiltre parfois la totalité du lobe ou de la glande; d'autres fois il forme des noyaux au sein d'un adénome. On pourrait même affirmer que lorsqu'il s'implante sur une glande saine il s'accompagne toujours ou est toujours précédé d'un adénome interacineux ou myxomateux (folliculaire). Lorsque c'est l'adénome interacineux, c'est aux dépens du tissu interacineux ou plutôt des amas de cellules interacineuses et non aux dépens de l'épithélium des vésicules que

se développe la tumeur. Les vésicules ne sont, en effet, que secondairement envahies et leur épithélium, loin d'être le point de départ de la prolifération néoplasique, lui opposerait avec l'aide du contenu des vésicules une résistance considérable. Si c'est un adénome folliculaire fibreux c'est encore et toujours aux dépens du tissu intermédiaire et des follicules adénoïdes qu'il cache que naît la tumeur. Les cellules proliférées sont d'abord rangées sous forme de follicules néoformés, puis ceux-ci convergent les uns vers les autres pour donner l'image d'une infiltration générale du tissu intermédiaire, qui envahit secondairement les vésicules primitives à contenu colloïde.

En résumé la seule différence qui existe entre l'adénome et le carcinome réside dans la puissance énorme de prolifération des cellules du carcinome et l'absence de tendance du tissu carcinomoteux à s'organiser en tissu d'apparence thyroïdienne normale.

Entre les cellules proliférées sont des travées conjonctives qui forment le tissu intermédiaire. Que celui-ci soit le siège d'une prolifération fibreuse ou myxomateuse ou qu'il se vascularise à l'excès et on aura des variétés correspondantes.

A côté de cette forme, Wœlfler relate quelques cas rares et remarquables de carcinome à cellules cylindriques dont l'aspect rappelait, à s'y méprendre, le cysto adénome papillaire du corps tyroïde.

Il n'existe aucune différence essentielle mais une différence plutôt de degrés et qui s'exprime dans le carcinome par l'élévation et la réduplication de l'épithélium cylindrique, par la puissance de prolifération

des vésicules et des tubes glandulaires, par la diminution de la substance de charpente et enfin per l'infiltration microcellulaire des travées conjonctives.

Voici d'ailleurs la description qu'en donne Wœlfler d'après l'examen d'un cas qu'il a observé. A la partie centrale on est surpris de trouver inclus dans le tissu fibreux des vésicules glandulaires de grosseur normale et limitées par un épithelium de hauteur également normale. Quelques-uns contiennent ça et là de la matière colloïde. Va-t-on du centre à la périphérie on voit que ces vésicules proviennent de tubes isolés, solides, manifestement limités. Plus on s'approche de la périphérie et plus la formation vésiculeuse décroît, plus s'étendent les cylindres glandulaires pleins. En maints endroits de la périphérie ils sont tellement confondus qu'ils représentent des masses de cellules glandulaires. Cette tumeur, ajoute-t-il, se distinguait des autres adénomes par le mélange diffus des tubes de cellules cylindriques en masses non organisées, en masses cellulaires qui d'un côté rappellent les formations embryonnaires, mais d'un autre côté représentent le stade final de l'infiltration cancéreuse.

Quant à ce qui concerne le développement du carcinome à cellules cylindriques, il est facile de s'en rendre compte par la ressemblance de ses formations avec celles des glandes normales, par la naissance et l'origine de ses éléments. Il est facile, dit Wœlfler, de montrer par les préparations que les vésicules émanent de tubes solides. Le développement de cylindres cellulaires solides doit se faire par la multiplica-

tion des cellules épithéliales interstitielles, la formation d'agminations cellulaires et la prolifération émanée de ces derniers cylindres sølides ramifiés. A la paroi interne de ces tubes on trouve souvent aussi des végétations papillaires. Elles sont parfois si nombreuses et si enchevetrées que le contenu colloïde ne peut se voir que sous forme de petites raies, ce qui explique que W. Müller dans les tubes décrits par lui et dans les vésicules de carcinome épithélial cylindrique n'ait pas trouvé de matière colloïde.

Ainsi, le carcinome à cellules cylindriques se développe donc, lui aussi, aux dépens des cellules épithéliales interacineuses. L'épithélium de limite des vésicules glandulaires n'y prend aucune part.

Quant à l'histogénèse du carcinome à cellules plates, Wœlfler rattache son dévéloppement à l'inclusion des cellules plates, à la suite de la fermeture des fentes branchiales. Il fait remarquer que ces tumeurs ont été surtout décrites par Fœrster, Eppinger, Kaufmann et Braun, mais que dans les cas d'Eppinger et de Braun il y avait aussi un carcinome de l'œsophage, de sorte qu'on ne peut pas affirmer que le début ne se soit pas fait dans l'œsophage. Wolfler fait encore dans son mémoire une place au sarcome du corps thyroïde. Il décrit un fibro-sarcome pris par Billroth pour une thyroïdite.

La tumeur eut une marche rapidement fatale. Quant à sa structure anatomique elle rappelait celle d'un adémone interacineux avec développement considérable entre les vésicules de tissu fibreux infiltré de cellules ovales ou fusiformes. Il semble donc

que le goitre préexistant ait été un adénome interacineux dans les travées duquel s'était développé le fibro-sarcome.

Il signale encore le sarcome angio-caverneux à cellules fusiformes et le sarcome à cellules géantes, Riesenzellen Sarkom, le sarcome à cellules rondes, Rundzellen Sarkom, le sarcome alvéolaire qui ne sont que des variétés du précédent, et il ajoute qu'il n'est pas possible de dire aux dépens de quels éléments se développe telle ou telle forme et pourquoi on observe telle ou telle variété, en insistant toutefois sur ce fait que l'épithélium des vésicules n'est pas le point de départ de ces tumeurs. Il termine en signalant le sarcome mélanique dont il aurait observé un cas.

En voyant des histologistes aussi distingués arriver à des résultats aussi nettement en désaccord, en entendant dire à Wœlfler qu'il est parfois très difficile de distinguer l'adénome du carcinome dans le corps thyroïde, nous nous sommes demandés quelle pouvait être la cause de ces divergences et de ces hésitations et nous avons reconnu que ce qui avait manqué à tous ces auteurs c'était ici comme ailleurs une base, une idée générale qui permit d'assigner à chaque type la place qui lui convient.

Pour nous il n'y a pas d'épithéliomas, de carcinomes, de sarcomes du corps thyroïde, il n'y a que des tumeurs du corps thyroïde. Il y a lieu d'en étudier l'aspect spécial et les modalités diverses, mais il est inutile de torturer les préparations pour faire entrer de force les cas observés dans des espèces aussi artificielles que théoriques et peu conformes à la

vérité anatomique et physiologique. S'agit-il de préciser les limites réciproques de chacune de ces espèces, s'agit-il de placer l'une quelconque de ces étiquettes toutes conventionnelles sur un cas particulier, les divergences commencent aussitôt. Aussi voyons nous Cornil et Ranvier obligés de créer une catégorie spéciale pour ce qu'ils appellent des types de transition et Wœlfler avouer que tant qu'il a ignoré les détails cliniques et les résultats de l'autopsie il a pris une tumeur maligne pour un adénome à cellules cylindriques et qu'il ne connaît aucun signe histologique qui puisse avec certitude faire séparer cette tumeur de mauvaise nature d'un adénome; c'est que l'anatomie pathologique est inséparable de la clinique, et c'est pour avoir voulu en faire une science indépendante, c'est pour avoir négligé l'appui que doit apporter l'observation clinique que la plupart des auteurs se sont trouvés en désaccord.

En réalité le corps thyroïde contient des tissus divers, l'épithélium des vésicules, le tissu conjonctif qui sépare et unit les acini, les nerfs et les vaisseaux tant sanguins que lymphatiques.

On conçoit très bien que chacun de ces tissus puisse devenir le point de départ de tumeurs malignes développées dans cet organe. Aussi, rechercher auquel de ces tissus appartient chaque tumeur observée, en indiquer et en décrire les caractères histologiques particuliers et assigner enfin à chacune d'elle la place qu'elle doit tenir dans l'échelle de malignité des tumeurs du tissu qui lui a donné naissance, c'est à cela que doit se borner l'anatomie pathologique des tumeurs du corps thyroïde.

Ce n'est là, empressons-nous de le dire, que l'application, à un cas particulier, des lois générales posées par notre maître, M. le professeur agrégé Bard, dans son mémoire des Archives de physiologie. Partant de la loi de spécificité de chaque type cellulaire posée par lui, M. Bard ne voit dans les tumeurs que des monstruosités du développement cellulaire, et dans le vice de développement les cellules continuent à obéir à cette loi de spécificité et de reproduction de leur type atavique tout aussi bien que dans les processus histologiques normaux.

Aussi Wœlfler a-t-il tort quand il refuse, au tissu néoformé du carcinome, la tendance à s'organiser en tissu d'apparence thyroïde normale.

Tous les tissus peuvent, à des degrés divers, devenir l'origine et le siège de tumeurs dont l'évolution reproduit le type, soit adulte, soit embryonnaire de ce tissu.

La spécificité cellulaire entraîne la spécificité des tumeurs, et là, ce qui est spécifique, c'est toujours la cellule, mais la cellule en tant qu'organisme vivant ; elle est spécifique, non seulement par ses caractères anatomiques, mais aussi par sa physiologie et son évolution tout entière. Aussi doit-on tenir compte, dans cette spécificité, du mode d'arrangement des cellules entre elles, des sécrétions, des évolutions dont sont susceptibles les cellules ancestrales.

Dès lors, on ne saurait reconnaître dans les tumeurs des genres et des espèces jouissant d'une individualité quelconque, et le nombre des espèces n'a d'autres limites que le nombre des tissus normaux.

La cellule thyroïdienne a ses caractères propres nettement définis et c'est à ce titre que nous dérivons l'épithélioma thyroïdien et non pas l'épithélioma dans le corps thyroïde.

En rapprochant des analyses histologiques les observations cliniques, on ne tarde pas à s'apercevoir que les degrés divers de développement qui séparent les diverses tumeurs d'un même tissu sont précisément parallèles à la rapidité plus ou moins grande de l'accroissement de la tumeur elle-même. Les tumeurs qui appartiennent aux formes embryonnaires sont à des degrés divers celles qu'en clinique on reconnait pour malignes; les formes adultes constituent au contraire les tumeurs bénignes. Entre ces deux extrêmes on peut concevoir toute une série de formes intermédiaires qui ne sont en réalité que des étapes diverses du développement spécifique de la cellule thyroïdienne. La malignité d'une tumeur s'affirme cliniquement par la rapidité de son accroissement de volume et par la production d'une généralisation à distance. La forme anatomique de l'élément qui constitue la tumeur nous donne parfaitement l'explication de ces deux faits qui sont connexes. En effet, les formes embryonnaires restent jeunes et les éléments sont moins adhérents entre eux que les cellules adultes, d'où leur départ plus facile dans les voies circulatoires lymphatiques et sanguines. D'autre part, les cellules adultes quand elles sont entraînées sont dans des conditions physiologiques moins favorables au développement de la greffe.

A côté des propriétés spécifiques des cellules il faut

encore tenir compte de l'étendue des connexions vasculaires sanguines et lymphatiques de l'organe primitivement atteint et du terrain sur lequel se trouve transplantée la cellule migratrice, tous éléments qui influent sur les modalités diverses, le nombre, la rapidité et la localisation des généralisations.

Mais la cellule transplantée n'en continue pas moins à évoluer selon les habitudes de ses congénères et à former un tissu analogue à celui d'où elle est partie, refoulant et atrophiant par les formations nouvelles auxquelles elle donne naissance, mais sans les faire participer à la néoformation, les éléments du tissu de l'organe où elle a élu domicile. Le tissu nouveau présente alors des caractères assez spéciaux pour permettre parfois de reconnaître et de préciser à l'œil nu sa nature et son origine. Ce fait est par trop évident pour avoir été méconnu, surtout dans l'organe qui nous occupe actuellement. Aussi voyons-nous la plupart des auteurs soutenir avec W. Müller que les tumeurs malignes du corps thyroïde ont une tendance très marquée à reproduire dans leurs noyaux de généralisation la structure du corps thyroïde normal. C'est à ce phénomène qu'Eberth a donné le nom de « retour vers le mieux, Umkehr züm Besseren ». C'est que la cellule thyroïdienne présentant des caractères plus différenciés et plus facilement appréciables avec nos moyens d'investigation actuels a pu plus facilement être reconnue au loin par eux. Mais si ces auteurs ont énoncé ce fait, ils n'en n'ont pas compris le mécanisme et n'ont pas toujours regardé les noyaux secondaires développés dans les organes à distance comme de véritables cancers.

Il résulte de tout ce qui précède que tous les tissus et rien que les tissus qui entrent dans la constitution du corps thyroïde peuvent devenir le point de départ de tumeurs qui reproduisent leur tissu d'origine. Mais comme l'épithélium vésiculaire est le seul élément qui soit vraiment propre à cet organe, nous insisterons plus particulièrement sur lui. C'est d'ailleurs la forme la plus fréquente, et le cancer thyroïdien obéit ici à la loi générale posée par M. Bard, qui veut que l'élément le plus actif d'un organe soit aussi le plus fréquemment atteint. Nous décrirons, toutefois, un cas de cancer conjonctif, le seul que nous ayons observé, afin de mieux montrer, par la comparaison des deux descriptions, ce qui caractérise nettement la spécificité du cancer thyroïdien.

C'est sur les données qui précèdent que nous édifierons la classification véritablement rationnelle qui satisfait à la fois le clinicien et l'anatomiste, et que notre maître, M. Bard, applique aux différentes variétés de tumeurs.

Nous distinguerons donc les tumeurs dérivant du stroma de la glande et les tumeurs épithéliales, et dans chacune de ces catégories nous diviserons les tumeurs en bénignes et en malignes. Laissant de côté les tumeurs bénignes dont l'histoire n'entre pas dans le cadre de notre sujet, nous aborderons immédiatement la description des tumeurs malignes.

Type interstitiel. Comme on pouvait le prévoir d'après la structure du corps thyroïde normal, il existe, en effet, des tumeurs malignes qui tirent leur origine du tissu connectif interstitiel et qui répondent au type de cancer conjonctif.

Voici l'observation d'un cas se rapportant à ce type que nous avons observé pendant notre internat dans le service de M. le professeur Poncet et que nous empruntons à la *Gazette médicale de Paris*, où elle a été publiée par notre ami le docteur Étienne Rollet :

Cham .., 35 ans, cultivateur, né à Charency (Loire), entre dans le service de M. le professeur Poncet, à l'Hôtel-Dieu, n° 89, venant du service de M. le professeur Lépine, le 13 février 1888.

Pas d'antécédents héréditaires ; deux frères en bonne santé. Bonne santé habituelle ; pas d'alcoolisme ni de syphilis. Marié. Deux enfants bien portants. Depuis son enfance, on avait remarqué chez lui un léger goître siégeant sur le milieu du cou et ne gênant nullement la respiration. Dans le pays où il habite et dans sa famille, pas de goître. Vers l'âge de seize ans, à plusieurs reprises, il eut quelques accès d'oppression légère ; il avait souvent alors de la peine à courir, et dans une marche un peu rapide la respiration lui manquait facilement. Il y a trois semaines environ il prit froid ; sans avoir ressenti ni frissons ni point de côté, il se mit à tousser beaucoup. Expectoration peu abondante. En même temps il commença à éprouver un peu d'oppression et une certaine gène au larynx Il y a une quinzaine de jours son goître augmenta de volume et l'oppression était de plus en plus vive. C'est seulement depuis huit jours qu'il fut pris d'accès de suffocation longs et pénibles; le goître prenant toujours un accroissement rapide et les nuits étant passées sans sommeil par le fait de l'oppression de plus en plus vive, il se décida à se présenter à l'Hôtel-Dieu le 8 février. Il est d'abord reçu chez M. Lépine où l'interne du service, notre ami, M. Paliard, constata à son entrée les symptômes suivants: L'oppression est très marquée, le faciès vultueux et cyanosé. Les veines jugulaires sont dilatées et très apparentes sous la peau. L'expiration est difficile et s'accompagne de tirage. L'inspiration se fait bien. La toux est très fréquente ; un peu d'expectoration muqueuse. La voix est étouffée et rauque. Le cou est volumineux. On

sent une masse volumineuse, peu mobile, paraissant se prolonger en arrière de la fourchette sternale. A la partie moyenne, au niveau et en avant de la trachée on sent une masse plus dure du volume d'un gros œuf de poule, et là la pression réveille quelques douleurs. L'état général n'est pas très bon ; la peau est chaude. Température rectale 39°. L'appétit est assez bien conservé, la digestion se fait bien. A l'examen du thorax, rien à la percussion, la sonorité est normale. A l'auscultation, on entend mal le murmure vésiculaire, car un bruit trachéal intense masque le bruit respiratoire. Rien au cœur. Pas d'albumine dans les urines.

A l'examen laryngoscopique, on voit les cordes vocales intactes, mais la trachée est aplatie dans son diamètre antéro-postérieur.

On décide l'application de vingt sangsues, mais, le lendemain, l'oppression est toujours la même. On prescrit 5 gr. d'iodure de sodium et, le 13, la dyspnée était de plus en plus vive, le tirage étant considérable, le malade est amené dans le service de chirurgie de M. le professeur Poncet.

A ce moment, les accidents d'asphyxie étaient d'une gravité extrême. La tumeur médiane était d'une grande mobilité, comme isolable facilement des lobes latéraux. M. Poncet se décida alors à enlever le lobe médian, se réservant de pratiquer la trachéotomie si, après cette ablation, la dyspnée persistait. Pas d'anesthésie. M. Poncet fait une longue incision sur la ligne médiane et, par cette ouverture, contourne la tumeur et l'isole. Mais, à ce moment, l'asphyxie est complète, la tête se renverse en arrière, la face devient livide et le pouls n'est plus perceptible. Aussitôt, M. Poncet transforme l'incision verticale en une incision cruciforme, s'étendant de chaque côté, jusqu'aux veines jugulaires externes. La tumeur est alors soulevée avec le doigt, mais elle cède à la pression et donne issue à une matière abondante, molle et diffluente. Cette poche ouverte est vidée rapidement avec une éponge et, à travers sa paroi postérieure rigide, dissimulant la trachée, la trachéotomie est pratiquée ou, plus exactement, la crico-trachéotomie, le cartilage cricoïde ayant été senti sous le doigt tout d'abord. Une canule est placée et, le malade sans mouvement, cou-

vert d'une sueur froide, est rappelé à la vie par la respiration artificielle, la pile électrique, etc. On panse la plaie avec de la gaze iodoformée et le malade est ramené dans son lit.

Le lendemain, l'état général est bon ; le malade respire facilement. Le surlendemain, on enlève la canule. Dans la suite, état de plus en plus satisfaisant ; les crises de dyspnée ont cessé, le malade parle et revient à la santé. Mais, le 22 février, un peu de toux et, à l'auscultation, on entend quelques râles muqueux dissséminés.

Le 25, la dyspnée apparaît de nouveau. Menaces de suffocation. En l'absence de M. Poncet, M. Mollière, qui voit le malade, lui place dans la trachée une longue canule de 0,10 centimètres environ, une canule ordinaire entrant à peine dans la trachée à cause de l'épaisseur des masses qui sont situées en avant et surtout de chaque côté. Un certain soulagement se produit, la respiration se fait mieux. Mais, dans la nuit des accès de suffocation se renouvellent et le malade meurt asphyxié.

Autopsie le 27 février. Au cou, la tumeur s'étend du cartilage thyroïde et descend en bas et en arrière du sternum jusqu'au niveau de la crosse de l'aorte. Là, elle est située entre la carotide primitive gauche et le tronc brachio-céphalique sur lequel elle passe en avant. De chaque côté la tumeur s'étend et recouvre les deux carotides primitives et jugulaires internes. Dans sa partie antérieure, la masse répand une odeur nauséabonde. Pus jaunâtre. Elle a, dans sa partie antérieure une épaisseur de 4 centimètres envion. De chaque côté, cette tumeur est d'une couleur blanchâtre, ressemblant à de la laitance de poisson. Dans certains endroits existent des points jaunâtres, ramollis par ilots. Par contre, dans d'autres parties, certains points apparurent non altérés et présentant des vésicules à contenu jaunâtre ou rougeâtre. A droite, la masse dégénérée remonte jusqu'à l'os hyoïde. Rien à la partie postérieure de la trachée. On incise la trachée, et sur la muqueuse piqueté rougeâtre, sur la partie latérale droite ulcération jaunâtre de la largeur d'une pièce de 20 centimes. Points jaunâtres de la grosseur d'une tête d'épingle au-dessous de de la corde vocale inférieure gauche. Aspect rougeâtre pointillé sur toute la longueur

de la muqueuse du larynx, de la trachée et des grosses bronches. Quelques ganglions carotidiens dégénérés.

A l'ouverture de la cage thoracique, on constate un peu d'épanchement séreux au niveau de la plèvre droite. Adhérences nombreuses et fausses membranes. Dans tout le poumon droit, de la base au sommet, sur toute la partie périphérique, une soixantaine de petits noyaux de la grosseur d'une lentille environ. Ces petits noyaux sont blanchâtres, quelques-uns entourés d'une aréole rougeâtre. Congestion pulmonaire à la partie postérieure. Emphysème à la partie antéro-inférieure. Pas de traces de tubercules au sommet. A la partie antérieure et moyenne sorte de kyste de la grosseur d'une noix ; la poche est dure et résistante et le contenu est jaunâtre. Le poumon gauche présente de la congestion à la partie postérieure. A la coupe il est rouge vineux; emphysème à la base. Pas de tubercules, pas de fausses membranes. Une vingtaine de noyaux de la grosseur d'une lentille sont disséminés; deux ou trois sont gros comme des noyaux de cerise.

Le cœur présente de l'insuffisance tricuspidienne.

Le foie est volumineux. Dans sa partie antérieure et moyenne, petit noyau jaunâtre de la grosseur d'une tête d'épingle. Dans la partie inférieure, au niveau de son bord externe et tranchant, noyau de la grosseur d'une petite olive. A la coupe il est jaunâtre, non ramolli au centre.

Les reins et la rate ne présentent pas de traces de généralisation. Trois petites rates supplémentaires, du volume de cerises, sont appendues à des branches de bifurcation de l'artère splénique.

L'examen histologique, fait au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, a montré qu'on était en présence d'une tumeur conjonctive essentiellement maligne. Là s'arrête l'observation publiée.

Les pièces se rapportant à cette observation figurent sur les registres du laboratoire d'anatomie pathologique, sous le n° 60 de l'année 1889.

Nous ne nous étendrons pas longtemps sur la

description de cette tumeur, car elle ne présente, en réalité, rien de spécial à l'organe envahi.

Voici toutefois ce que nous avons pu constater sur des coupes de la tumeur durcie à l'alcool et colorée au picrocarmin. Çà et là des vestiges de la glande thyroïde normale, et par places, quelques globes jaunes en voie de disparition. La masse néoplasique était composée, dans son ensemble, par des cellules fusiformes en faisceaux parallèles répondant au type du cancer conjonctif. En aucun point de la tumeur proprement dite, on ne constatait de caractères spéciaux pouvant faire diagnostiquer son origine dans le corps thyroïde.

Les noyaux secondaires développés dans le foie présentaient la même structure que le noyau primitif, avec cette seule différence que l'on n'y rencontrait nulle part de vestiges colloïdes. Quant aux nodules pulmonaires, leur structure fusiforme était presque fasciculée. C'est là le seul cas que nous ayons observé. Toutefois, à cette première observation, nous croyons devoir en rattacher une seconde, qui nous a été communiquée par M. le Pr Ollier. Les pièces qui s'y rapportent ont été examinées dans le laboratoire de la clinique, et nous n'avons malheureusement pas pu les comparer avec nos préparations; mais la qualification de sarcome à cellules fusiformes, que porte l'observation, nous paraît autoriser ce rapprochement.

Quant aux tumeurs d'origine lymphatique, nous n'en avons jamais observé, et dans les cas publiés par Bromfield, Braun, etc., d'autres organes étaient

envahis en même temps, et la note anatomique qui les accompagne ne semble pas suffisante pour pouvoir fournir une description.

Il y a d'ailleurs lieu de supposer que les tumeurs d'origine lymphatique, aussi bien que les tumeurs d'origine vasculaire et nerveuses, n'offrent pas ici de particularités, pas plus que les tumeurs du type conjonctif, dont nous venons de décrire un cas.

Type glandulaire. — Les cancers qui répondent à ce type paraissent donc être les plus fréquents, et en réalité, ce sont eux qui méritent véritablement le nom de cancers thyroïdiens. Il est impossible d'indiquer une correspondance absolument rigoureuse entre la classification qui résulte de notre manière d'envisager la question et celles des auteurs; mais il est certain cependant que la plupart des tumeurs du corps thyroïde, décrites sous les noms de squirrhes, de carcinomes, d'encéphaloïdes et d'épithéliomes, ressortissent en réalité au cancer du type épithélial.

Nous diviserons, pour en faciliter l'étude, les cas qu'il nous a été donné d'observer en trois catégories. Dans un premier groupe, nous placerons les observations II, VIII, IX, X, qui par leurs analogies peuvent recevoir une description commune. Le second groupe comprend des tumeurs qui donnent le type habituel et moyen du cancer glandulaire; il est représenté par les observations I, III, IV, VII, XI, XII et enfin à l'extrémité de l'échelle nous placerons des tumeurs intermédiaires qui établissent la transition entre les tumeurs malignes et les tumeurs bénignes, observations V et VI.

Cette répartition des cas ne constitue pas une classification. Nous ne voulons que marquer par là les étapes successives suivies par l'évolution du type cellulaire, donner des points de repère pour assigner à chaque tumeur la place qui lui convient dans l'échelle de malignité.

Les tumeurs qui émanent de l'épithélium thyroïdien, présentent néanmoins des caractères communs qui se groupent tous autour de la cellule thyroïdienne. Cette cellule présente une polymorphie un peu variable, suivant l'époque de son évolution où on la considère. Petite, cubique à l'âge adulte, grosse, polyedrique dans son étape moyenne, embryonnaire elle est ronde à gros noyau. Elle présente peu de protoplasma; elle est presque homogène. Si bien qu'avec nos moyens d'investigation les plus jeunes seraient parfois impossible à caractériser par leur aspect propre. Mais ce qui caractérise bien plus que sa morphologie anatomique la cellule thyroïdienne, c'est son mode de groupement en nids arrondis pleins et l'apparition, au sein de ces nids de substance colloïde tantôt collectée, tantôt sous forme diffuse.

L'évolution naturelle sera d'autant plus accusée et plus nette que la tumeur sera d'évolution plus lente.

A côté de cette prolifération épithéliale qui constitue le fond de la tumeur on trouve, en certains points, un tissu conjonctif peu riche en cellules, formé de nappes connectives fibrillaires, vestiges du stroma préexistant, et en d'autres points un processus réactionnel lié à la prolifération épithéliale, et dont

l'intensité et le degré d'évolution sont précisément en rapport direct avec la lenteur du développement épithélial.

C'est la proportion relative de ces divers éléments, cellules thyroïdiennes, globes jaunes, stroma qui nous permet de distinguer l'étape évolutive de chaque tumeur en particulier et de la rapprocher de l'une ou l'autre des trois sections observées.

Dans la première catégorie, nous trouvons des éléments de forme très embryonnaire, cellules à protoplasma peu distinct, présentant presque l'aspect de noyaux libres formant une nappe étendue sous stroma. Çà et là on trouve de petits amas de substance colorée en jaune par le picro carmin mais diffuse et formant en certains points un fond jaune à la préparation. Si l'on voulait établir une comparaison entre cette forme et celles décrites par les auteurs, il faudrait l'appeler sarcome globo-cellulaire à petites cellules.

Le second groupe qui répondrait, en général, au carcinome des auteurs, comprend des tumeurs à cellules d'aspect déjà plus net. Elles diffèrent des tumeurs du groupe précédent surtout par l'apparition du stroma. Dans les tumeurs les plus rapprochées des précédentes le stroma est fin, délicat, ne formant nulle part de travées épaisses et circonscrivant des cylindres pleins constitués par des cellules volumineuses à noyaux ovalaires très nets et franchement épithéliales, polyédriques, sans limites nettes. La substance jaune existe comme dans les variétés du groupe précédent, mais elle tend à se collecter sans

être nettement enfermée dans des formations vésiculaires.

A ce stade les tumeurs seraient appelées suivant les auteurs du nom de sarcome alvéolaire, globo-cellulaires à grandes cellules, carcinome à stroma très léger, encéphaloïde, voire même sur certains points épithélioma tubulé.

A un stade plus avancé le stroma devient plus abondant ; il comporte des travées principales assez épaisses et des travées plus minces. Il est plus franchement alvéolaire. Les cellules des alvéoles sont un peu polymorphes, les unes volumineuses comme dans le cas précédent, les autres déjà cubiques et un peu plus adultes. De plus, il existe parfois des blocs colloïdes plus ou moins nets, mais rarement limités par de véritables vésicules closes.

A ce stade suivant l'abondance de la matière colloïde, les auteurs donneraient à ces tumeurs le nom de carcinome alvéolaire simple ou de carcinome en dégénérescence colloïde.

Enfin la troisième catégorie présente des caractères très nets qui l'ont fait décrire plus exactement que les autres. Elle répond au polyadénome des auteurs, à l'adénome malin de Wœlfler. Elle comprend des cas où on trouve des groupes adénoïdes arrondis sans alvéoles communiquants. Les vésicules sont nombreuses et contiennent de la matière colloïde en assez grande abondauce. Dans quelques cas la structure du néoplasme est presque la même que celle du corps thyroïde normale mais sa nature maligne est affirmée par le grand nombre des cellules libres qui occupent

les points nodaux du tissu thyroïdien, les espaces interacineux et par la production à distance de foyers de généralisation.

Noyaux secondaires du type épithélial. — La fréquence particulière des métastases du cancer thyroïdien nous a permis de les observer dans un grand nombre de cas.

C'est sur ces noyaux secondaires qu'on peut seulement se rendre un compte exact de l'origine de la tumeur primitive, parce que, loin de tout élément du corps thyroïde, on n'a plus à faire la part de ce qui est formation de tissu nouveau et de ce qui n'est que destruction et atrophie ou prolifération réactionnelle.

L'étude histologique de ces noyaux vient à l'appui de l'affirmation de M. Bard, que les tumeurs secondaires filles sont toujours du même type cellulaire que la tumeur primitive mère.

Là, comme ailleurs, les noyaux secondaires émanés de la prolifération de la cellule migratrice thyroïdienne reproduisent, en effet, l'aspect de la tumeur primitive, quoique la plupart du temps à l'état plus embryonnaire, parce que le début de leur évolution est de date plus récente. C'est ainsi que sur la plupart des noyaux secondaires que nous avons examinés nous retrouvons cette tendance du tissu nouveau à la formation de matière colloïde, soit diffuse, soit collectée dans des vésicules plus ou moins nettement accusées. L'observation IV est particulièrement intéressante à ce point de vue, observation dans laquelle nous retrouvons du tissu thyroïdien embryonnaire dans les ganglions de la région présacrée et dans le

foyer d'une fracture qui ne s'était pas consolidée. Bien que l'aspect extérieur de la tumeur thyroïdienne décrite dans l'observation ait été parfaitement en rapport avec l'idée d'un cancer de l'organe, nous devons néanmoins formuler le regret que cette tumeur cervicale n'ait pas été enlevée à l'autopsie et n'ait pu être soumise à l'analyse histologique.

Dans le cancer du type conjonctif, que nous avons rapporté plus haut, on remarque au contraire l'absence, dans le noyau secondaire comme dans le noyau primitif, de tout signe pouvant faire diagnostiquer le siège du néoplasme primitivement développé. Nous avons une tumeur embryonnaire du type conjonctif, et rien de plus.

La question d'histogénèse dans le cancer thyroïdien a préoccupé les anatomistes. Quel est le point de départ du cancer thyroïdien? Virchow admettant la cellule indifférente, faisait dériver la tumeur du tissu conjonctif interacineux. Wœlfler, lui aussi, admet l'origine interacineuse ; mais pour lui, ce seraient les cellules épithéliales libres, dans les espaces interacineux, qui seraient le point de départ de la néoplasie, et non l'épithélium vésiculaire.

Nous avons vu que, d'après lui, le carcinome de la glande, thyroïde ne serait qu'une tranformation de l'adénome interacineux ou de l'adénome folliculaire.

Notre maître, M. le professeur agrégé Bard, n'admet pas cette transformation. Toute cellule qui a atteint son étape adulte restera adulte, et il n'admet aucun retour possible de cette cellule à l'état embryonnaire. Une tumeur bénigne du type adénome a

bien eu son état embryonnaire ; mais cet état embryonnaire a été rapidement franchi, et dès lors la tumeur ainsi constituée restera bénigne, à moins toutefois qu'il ne survienne, dans la descendance des cellules qui la composent, une déviation évolutive, qui déterminera dans son sein le développement d'une tumeur maligne.

La tumeur du type cancéreux, au contraire, est et reste embryonnaire. Les cellules qui la composent n'atteindront jamais leur état adulte.

D'après M. Bard, l'origine du cancer thyroïdien serait unicellulaire. Sous une influence inconnue, une des cellules d'une vésicule thyroïdienne se met à proliférer et à envoyer, dans les espaces interacineux, des boyaux cellulaires pleins, composés d'éléments jeunes, qui atteindront des étapes diverses de leur développement, suivant les cas.

Au sein de ces boyaux cellulaires pleins, on verra apparaître de la matière colloïde diffuse, ou bien de véritables vésicules de nouvelle formation avec matière colloïde collectée. Quant aux vésicules anciennes, elles ne prennent aucune part à l'envahissement; elles sont refoulées, repoussées, atrophiées, ce qui explique que, dans les préparations, à côté de vésicules en voie de formation, on en voit d'autres en voie de destruction. Les éléments adultes assistent à leur ruine en opposant toute la résistance dont ils sont capables, mais ne prennent pas part à la formation de la néoplasie.

Est-ce à dire pour cela que toute transformation d'une tumeur bénigne en tumeur maligne soit im-

possible? Bien au contraire, on comprend très bien la transformation d'une tumeur adulte d'un type déterminé en une tumeur embryonnaire de même type. Mais il faut entendre par là, non la transformation directe des cellules vieillies en cellules embryonnaires, mais la production de nouvelles cellules jeunes qui ne dépasseront pas le stade embryonnaire. On comprend très bien que l'incitation de développement qui était suffisante pour produire un tissu adulte ait pu, sous certaines influences, s'altérer au point de ne plus donner naissance qu'à un tissu embryonnaire.

Quant à chercher à savoir qu'elle est la nature de cette influence, ce serait entrer dans la pathologie générale du cancer. C'est là une question trop insuffisamment éclairée pour que nous nous y arrêtions. Nous rappelerons seulement que notre ami, M. Mathis, chef de clinique à l'École vétérinaire, fit en mars 1885, à la société des Sciences médicales, la communication d'expériences entreprises par lui en collaboration avec MM. Violet et Faivre, professeurs à l'École vétérinaire. Après avoir fait macérer pendant 24 heures, dans l'eau distillée, des fragments de goître cancéreux de chien, il avait injecté deux ou trois gouttes de ce liquide filtré dans le corps thyroïde d'un autre chien et il vit, en deux mois, se développer au point inoculé une tumeur de la grosseur d'un œuf. Nous ne citons ce fait que pour mémoire et parce qu'il se rapporte à l'affection dont nous traitons; mais nous croyons, avec M. Bard, qu'il s'agit ici plutôt d'un greffage que d'une inoculation

véritable, car les cellules conservent leur vitalité longtemps après avoir été détachées du sujet qui les portait. Il est du reste regrettable que ces expériences n'aient pas été continuées.

La formation de boyaux pleins envoyés dans les espaces interacineux rappelle assez bien le développement du corps thyroïde embryonnaire. Aussi avons-nous tenu à examiner un certain nombre de corps thyroïdes de fœtus et d'enfant, et nous avons pu nous convaincre de l'analogie étroite de structure qui existe entre la constitution anatomique de ces glandes thyroïdes en voie de formation et les tumeurs malignes. Si bien que l'on pourrait dire que les tumeurs très malignes correspondent aux corps thyroïdes de fœtus des derniers mois de la vie intra-utérine; les tumeurs de malignité moyenne, embryonnaires elles aussi, mais avec stroma, aux premières années de la vie.

On pourrait ainsi établir une sorte de classification avec dénominations correspondantes, mais empressons-nous d'ajouter que le nombre des corps thyroïdes en voie de formation que nous avons examinés est trop restreint pour que nous puissions établir une échelle absolument parallèle à celle des tumeurs.

ÉTUDE CLINIQUE

Le fait primordial dans le développement et l'évolution de toute tumeur consistant dans la prolifération des cellules anciennes et l'apparition de cellules nouvelles au sein du tissu qui lui a donné naissance, on comprend que la tuméfaction totale ou partielle du corps thyroïde, ou l'augmentation de volume de cet organe quand il est déjà hypertrophié soit le signe commun à toutes les variétés de cancer et aussi le premier en date. Kocher avait déjà insisté sur ce fait, tout en faisant remarquer que cette augmentation de volume doit porter sur le tissu même de la glande et non pas être le fait d'une hémorrhagie intra-kystique. La tumeur a-t-elle pris naissance dans un des lobes latéraux, c'est sur la partie latérale correspondante du cou qu'on observe la tuméfaction. Mais il faut dire que cette augmentation de volume peut être parfois très peu prononcée.

La tumeur le plus ordinairement lisse, arrondie est parfois bosselée, mais ce caractère extérieur sur le-

quel certains auteurs ont plus particulièrement appelé l'attention ne serait pas d'une grande valeur. Cependant Coulon cite un cas de Krishaber dans lequel ces bosselures étaient appréciables, non seulement au toucher, mais même à la vue.

D'autre part, parmi les cas que nous rapportons, la plupart ont trait à des tumeurs absolument lisses. La palpation fait apprécier ces irrégularités de surface ainsi que la présence de noyaux plus ou moins indurés dus à la présence de ganglions envahis qui peuvent apporter un précieux appui au diagnostic. Empressons-nous, toutefois, de répéter que le plus souvent il est très difficile, sinon impossible, de reconnaître les ganglions qui, agminés et réunis à la tumeur principale, ne peuvent ordinairement pas en être séparés par le toucher.

C'est ce fait qui avait fait, sans doute, signaler par Lebert et ensuite par Thelliez comme un fait remarquable, que le cancer du corps thyroïde ne donne presque jamais lieu à l'engorgement ganglionnaire. Mais si ces engorgements ganglionnaires ne sont pas toujours très appréciables sur le vivant, on peut se convaincre à la lecture des relations de nos autopsies qu'ils n'en sont pas moins très fréquents. La prédominence de ces masses ganglionnaires indurées d'un côté ou de l'autre est en rapport avec le côté de la glande le plus spécialement envahis. Les ganglions de la région antérieure, ceux de la région rétro-sternale, les ganglions sous-sterno-mastoïdiens paraissent le plus fréquemment atteints. Quand la totalité de la glande est envahie par la néoplasie, on

les rencontre un peu partout dans la région cervicale, peut-être toujours plus particulièrement en avant.

La tumeur présente une consistance variable tantôt dure et même crétacée, tantôt molle, pseudo-fluctuante et même fluctuante, consistance en rapport avec la proportion des divers éléments qui entrent dans la constitution de cette tumeur. En effet, composée presque exclusivement de cellules embryonnaires ou en grande partie envahie par la généres-cence graisseuse, elle présente une consistance assez molle, pseudo-fluctuante en certains points. Une consistance plus ferme est en rapport avec le développement du stroma qui, en certains points, peut être envahi par l'infiltration calcaire.

Enfin, en d'autres points, il peut se produire au sein du tissu néoplasique de véritables cavités kystiques en rapport avec des hémorrhagies interstitielles ou l'hypersécrétion de la matière colloïde, et qui donnent au doigt qui les explore une sensation de véritable fluctuation.

La tumeur est plus ou moins adhérente aux parties profondes, en général plus que les goîtres simples. Adhérente ordinairement à la trachée et au larynx (observ. IX), elle en suit les mouvements. Cependant, dans un cas rapporté par M. Mathieu, la tumeur était maintenue immobile par des adhérences à la colonne cervicale. Si l'on cherche, pour se rendre un compte exact des rapports de la tumeur, à reconnaître la situation relative des muscles sterno-cleido-mastoïdiens, on les trouve rejetés en dehors ou plus ou

moins distendus et étalés a la surface de la tumeur. Quant à la situation du larynx, elle est parfois très difficile à déterminer.

Très fréquemment les veines superficielles du cou sont dilatées, turgescentes, comme variqueuses. Dans le cas du cancer unilatéral cette turgescence est surtout marquée du côté envahi. Quant à la peau qui recouvre la tumeur, elle est ordinairement indemne.

Peut-être est-ce à cause de la rapidité de l'évolution et du peu de durée de l'affection, car, d'après Paul Berger, quand le cancer a duré un certain temps et qu'il est en voie de ramollissement, les caractères de la peau peuvent se modifier sensiblement. La coloration peut être tantôt rosée, tantôt même rouge, mais d'un rouge sombre presque cuivré. Au lieu de glisser facilement sur la tumeur, on reconnaît alors, qu'en un ou plusieurs points d'étendue variable, la tumeur a contracté des adhérences avec la face profonde de la peau. Quelquefois, mais très exceptionnellement, au dire de Coulon, la peau pourrait être envahie par le cancer et la tumeur envoit au dehors des prolongements bourgeonnants.

Un signe, sur lequel insiste particulièrement le professeur Rose, serait la dépressibilité de la surface qui, par place, garde l'empreinte du doigt.

Quand on applique la main sur la tumeur, il arrive parfois que l'on y sent des battements qui pourraient faire croire à l'existence d'un anévrysme ou d'une tumeur érectile du corps thyroïde. Mais ce ne sont là que des battements transmis et dus à la proximité de la carotide.

Parfois, comme le signale Houël, on a la sensation d'un mouvement de fausse expansion, et dans ce cas, il est probable qu'on a affaire à une forme de cancer à vascularisation très grande, comme dans le cas communiqué par Vallerian à la Société anatomique. Parfois même, on pourrait entendre à l'auscultation un souffle doux, siégeant dans le néoplasme lui-même qui, dans ce cas, est plus ou moins mélangé de kystes sanguins.

A côté des signes physiques, le malade atteint de cancer du corps thyroïde présente un ensemble de phénomènes fonctionnels dont l'étude n'est pas moins importante. La partie anatomo-pathologique de cette étude faisait déjà prévoir la plupart des symptômes que nous allons maintenant passer en revue, sans y insister.

La plupart des effets produits par le goitre cancéreux sont communs à toutes les variétés de goître, et n'ont comme caractères propres que la précocité et la soudaineté de leur apparition. Mais il est un phénomène qui ne se rencontre pas dans les autres variétés de goitre, qui serait en quelque sorte spécial au cancer thyroïdien et qui, par cela même, aurait une très grande valeur diagnostique ; il s'agit de douleurs lancinantes qui, au dire d'Albert, seraient un phénomène du début de l'affection.

Coulon est du même avis et insiste en outre sur la vivacité de ces douleurs. Elles siègent parfois dans la tumeur et se joignent à des douleurs rayonnantes, qui s'irradient à l'occiput et à la région de l'épaule. Souvent spontanées, elles ne se manifestent, dans

certains cas, que lorsque le malade veut faire des mouvements de la tête et du cou. D'autrefois, c'est à l'occasion d'une pression, d'une palpation même légère qu'elles éclatent.

A. Sanson avait déjà signalé ces douleurs, et Nélaton y insiste aussi en faisant remarquer que, extrêmement vives parfois, elles prennent la forme d'élancements, qui se font sentir dans la région mastoïdienne et jusque dans la tête. Ces douleurs sont également signalées par Rose, Duplay, Krishaber et Thelliez, dans sa thèse, étant revenu sur ce symptôme, indique d'autres irradiations. Il y aurait, d'après lui, de la douleur à la région précordiale, douleur simulant celle de l'angine de poitrine. Ces douleurs, apparues de très bonne heure, persisteraient jusqu'à la fin de la maladie.

Outre les névralgies il y aurait aussi souvent, d'après Albert, des paresthésies et des troubles moteurs du côté des membres supérieurs.

Pour nous, nous n'accorderons pas une valeur diagnostique bien grande à ce symptôme douleur, car dans les cas que nous avons observés nous ne l'avons jamais rencontré bien accusé.

Au bout d'un certain temps que l'affection se développe quelques malades ont de la toux, de l'enrouement et parfois de l'aphonie, aphonie en rapport tantôt avec la pression de la tumeur sur le larynx qui peut se trouver comprimé d'avant en arrière et sur la partie moyenne par l'isthme épaissi et induré comme dans l'observation de M. Sestier, tantôt avec l'envahissement du larynx, comme dans l'observation de

Gilbert Ballet, tantot enfin avec la compression ou l'irritation des récurrents.

La congestion habituelle des cordes vocales constatée par Türck dans un certain nombre de cas, suffit à expliquer l'enrouement, la toux, la dyspnée et le cornage.

Dans certains cas on constate de l'œdème de la glotte et parfois en outre de la congestion, un état de paralysie des deux cordes vocales dû à la destruction des récurrents. Bien peu de malades échappent à la dyspnée. Cette dyspnée est tantôt continue, tantôt intermittente, ne se montrant que par accès. Tantôt enfin sur un fond de dyspnée continuelle viennent se greffer des paroxysmes très pénibles pour les malades. Ces phénomènes respiratoires peuvent, dans certains cas, présenter tout l'appareil des véritables accès d'asthme comme dans l'observation XII de la thèse de Salinier. Les accès de suffocation surviennent parfois sans cause appréciable, d'autres fois à la suite d'un redressement brusque du cou, tantôt pendant les repas, tantôt et le plus souvent quand on palpe la région antérieure du cou. L'inspiration est sifflante, prolongée ; l'expiration longue et difficile est chaque fois accompagnée d'une toux sèche et sonore. Pendant les accès de durée variable, le visage et le cou offrent tous les signes de la gêne de la respiration.

Nous n'insisterons pas sur la pathogénie de ces accidents. La dyspnée continue est surtout en rapport avec les compressions permanentes ou l'envahissement de la trachée et du larynx, soit par la tumeur principale, soit par les masses ganglionnaires répan-

dues autour, comme c'est l'avis de Jaupitre. Il est bien évident que l'œdème de la glotte (observation VI de la thèse de Coulon), la congestion observée par Türck, viennent encore apporter leur part dans les troubles respiratoires. Quant aux paroxysmes, ils paraissent plutôt en rapport avec l'irritation soit des pneumogastriques, soit des récurrents, comme il a été démontré par Gosselin, s'appuyant sur les travaux de Krishaber, lors de la communication d'une observation par Gaubric à la société anatomique.

Il est un caractère, signalé par Rose, spécial aux compressions permanentes de la trachée plus ou moins ramollie. C'est que d'après lui ce serait surtout vers le soir que les malades se plaignent le plus de la dyspnée. En effet, dit-il, ils respirent « musculairement » en faisant des efforts exagérés pour vaincre la résistance à l'entrée de l'air qu'oppose le point rétréci, mais le soir quand leur force musculaire est affaiblie, les troubles dyspnéiques apparaissent plus accusés et il arrive bien vite qu'ils n'ont plus seulement une dernière position dans laquelle ils puissent respirer.

Les phénomènes de compression du côté de l'œsophage peuvent apparaître d'une façon précoce et précéder ceux qui se produisent du côté des voies respiratoires, sans doute à cause de la moindre résistance qu'offre le conduit œsophagien en face de la compression. Ils se traduisent par une dysphagie d'intensité et de forme variables. Dans un cas le rétrécissement de l'œsophage était tel qu'on pouvait à peine faire passer une plume d'oie au travers du point com-

primé. On conçoit très bien, dès lors, que les malades dans ces conditions ne puissent plus avaler que des aliments liquides ou demi-solides. Dans d'autres cas le rétrécissement est moindre et les malades peuvent encore prendre des aliments solides mais seulement par petits morceaux, et la douleur est parfois tellement intense que le moment des repas devient un supplice pour eux. Dans d'autres cas, enfin, l'œsophage n'est nullement rétréci et admet parfaitement le passage d'une sonde œsophagienne de gros calibre et les troubles dysphagiques peuvent alors s'expliquer avec Albert par l'adhérence des constructeurs de l'œsophage à la tumeur, soit par des phénomènes de compression ou d'irritation des récurrents qui fournissent des filets ou plexus pharyngiens.

Tous ces désordres en rapport avec la compression des voies aériennes et digestives, peuvent encore s'accroître des troubles qui résultent de la compression des gros vaisseaux du cou et même du thorax. Dans un cas, en effet, l'artère brachio-céphalique était englobée dans la tumeur (*London medical Gazette*, 1830). Dans une autre observation, due à Piorry, la sous-clavière gauche était comprimée et le lobe droit de la tumeur reposait sur le poumon.

Les goîtres malins exercent une action considérables sur le nerf sympathique. On observe parfois une dilatation ou une contraction de la pupille. La dilatation plus fréquente est produite par l'irritation du grand sympathique, tandis que la contraction est due à une paralysie des fibres correspondantes.

Les mouvements de la tête et du cou sont eux-

mêmes parfois plus ou moins gênés. Dans les observations où ce fait a été particulièrement recherché, nous ne l'avons pas noté, mais nous avons vu M. Daniel Mollière y attacher une grande importance. Les sterno-mastoïdiens plus ou moins affaiblis ne permettent plus au malade d'accomplir seul ces mouvements et il devrait dès lors avoir recours à l'aide de ses mains pour abaisser ou pour tourner sa tête.

Il est encore un symptôme sur lequel on doit attirer l'attention. C'est la température qui dans certains cas est assez marqué (observation VI) pour donner le change et faire croire à une thyroïdite suppurée. Ce phénomène n'a rien de spécial à l'affection qui nous occupe et il y a déjà longtemps que la fièvre a été signalée dans le cancer en général. Toutefois, ici il paraît avoir une importance plus grande parce qu'il coincide avec un accroissement très rapide de la tumeur du cou et que dans bien des cas il peut permettre d'augurer de la marche de la généralisation. En effet, d'après Bircher s'il y a fièvre avec haute température, on est fondé à supposer des métastases dans les organes internes. Lebert a signalé comme un signe de cancer du corps thyroïde l'expectoration muco-purulente et sanglante, qui indiquerait généralement l'issue du néophasme dans la trachée, comme cela est noté dans cas un cité par M. Paul Berger. Mais, outre que ce symptôme est rare, il peut arriver que cette expectoration se rencontre en dehors de toute perforation de la trachée. C'est, par exemple, comme le fait remarquer Krishaber, lorsqu'il y a production dans les poumons de noyaux cancéreux métastatiques.

Cette complication peut parfois être reconnue, et à l'auscultation on perçoit en certains points des signes stéthoscopiques en rapport avec la zone pneumomique que détermine autour de lui le noyau de généralisation. Le plus souvent, d'ailleurs, elle passe inaperçue.

Quand les noyaux métastatiques, dit Coulon, affectent le cœur comme dans les cas rapportés par M. Mathieu, il est extrêmement difficile, sinon impossible, de diagnostiquer cette complication. L'irrégularité et la petitesse du pouls, la gêne considérable de la respiration, c'est seulement l'ensemble de tous ces faits qui pourrait faire soupçonner l'envahissement du cœur.

Quant aux autres organes que la néoplasie peut atteindre secondairement, il n'y a rien de spécial à en dire ; il se produit ici ce qui se produit dans tous les autres cas de cancer où il y a des métastases analogues. Les symptômes qui en découlent se rapportent tant à la modification de fonction de l'organe envahi qu'aux phénomènes de compression portant sur les parties voisines avec lesquelles l'organe intéressé se trouve en rapport. C'est ainsi que dans notre observation II, on trouve signalé un œdème considérable des membres inférieurs qui reconnaissait pour cause la compression des veines iliaques par une masse secondaire qui doublait la face externe du péritoine.

Lücke admet que la marche du cancer du corps thyroïde est lente en général. Telle n'est pas l'opinion de Lebert et à juste titre d'après Rose. Dans sept cas qu'il a observés le plus minutieusement, la durée

de la maladie paraît avoir été de six mois à trois mois. Dans douze autres cas de sa nomenclature la durée de la vie depuis le début de l'affection paraît avoir été de sept à huit mois; les extrêmes seraient neuf semaines et six mois. Houël donne comme durée moyenne sept mois. D'après les cas que nous rapportons, la durée moyenne serait un peu inférieure à ce chiffre. En somme la marche de cette affection est excessivement rapide. Et cependant il peut arriver quelquefois que les tumeurs cancéreuses restent un certain temps stationnaires, mais ce n'est que pour une période relativement courte, car au bout d'un certain temps elles prennent tout à coup un développement très rapide et acquièrent des proportions considérables. Ce fait d'augmentation brusque et considérable dans le volume d'une tumeur qui se trouve en rapport immédiat avec les organes importants de la région cervicale antérieure suffit à faire saisir dès maintenant un des modes les plus fréquents de terminaison du cancer du corps thyroïde. La mort, en effet, est due le plus souvent à l'asphyxie et le malade meurt dans un accès de suffocation. Si le développement de la tumeur est très rapide, les accès de suffocation se succèdent à de courts intervalles pendant lesquels le malade ne laisse pas que d'être tourmenté par une dyspnée intense. Pendant les accès le cornage est très marqué, le facies est rouge, vultueux, les yeux sont larmoyants, les lèvres cyanosées, la respiration devient rapide et courte et la mort est imminente si l'on n'intervient pas. Et alors même que l'on intervient, on peut se trouver en présence d'un de ces

cas comme celui de Rose pour le goître simple où après la trachéotomie on ne put ramener le malade à la vie parce que le cœur était dilaté et en dégénérescence graisseuse, et que la circulation pulmonaire dans ces conditions défavorables une fois interrompue ne peut reprendre son cours.

Il est encore un autre mécanisme qui peut amener brusquement la terminaison fatale et sur lequel insiste Rose, bien qu'il soit ici moins fréquent que dans le goître ordinaire, c'est la suspension brusque de la respiration par accolement des parois ramollies de la trachée sous l'influence d'une flexion de la tête et du cou.

Dans d'autres cas c'est par perforation d'un organe voisin, de la trachée par exemple, comme dans le cas de Lebert. L'asphyxie peut encore résulter de la présence, dans le conduit aérien, d'un corps volumineux qui empêche l'arrivée de l'air dans les poumons.

Chez d'autres c'est à la suite de la perforation de la carotide que la mort arrive causée par une hémorrhagie interne considérable à laquelle on ne peut remédier. M. Krishaber cite deux cas de ce genre.

Enfin chez quelques malades c'est une complication pulmonaire, telle que la broncho-pneumonie ou la pneumonie lobaire qui termine la scène, soit que ces complications soient en rapport avec la chute dans les bronches de particules néoplasiques ou de corps étrangers provenant de regurgitations alimentaires, soit qu'il ne s'agisse que d'affections purement intercurrentes.

La terminaison fatale peut encore être déterminée

par des pleurésies ou des péritonites dues à la généralisation du néoplasme à ces séreuses.

On peut concevoir également que la mort arrive par hémorrhagies à travers la peau ulcérée ou par infection ayant pour point de départ cette ulcération.

A toutes ces causes prochaines de la mort viennent s'adjoindre des causes secondaires, parmi lesquelles il faut citer la multiplicité et la rapidité des généralisations et l'affaiblissement général du malade, l'état cachectique. L'état cachectique existe en fait chez les malades atteints du cancer du corps thyroïde ; nous les voyons s'amaigrir, pâlir, perdre l'appétit et les forces, mais il est bien moins marqué que dans d'autres variétés de cancer, celui du pancréas, par exemple, où un suc digestif très actif est constamment déversé dans l'économie en plus grande abondance que normalement, et où il ne trouve, pour exercer son action, que les tissus mêmes du malade. C'est là un fait qu'avait déjà entrevu Boyer, quand il dit que les malades atteints du cancer thyroïdien périssent bien plutôt par la compression que la tumeur exerce sur le larynx, la trachée, l'œsophage et les gros vaisseaux, que par son influence génerale sur l'économie animale.

L'obscurité qui règne sur les fonctions du corps thyroïde normal rend plus difficile, que pour tous les autres organes, l'explication de l'apparition de la cachexie. Il est pourtant un fait, c'est que le tissu embryonnaire qui constitue le cancer thyroïdien ne paraît pas remplir aussi complètement que le tissu adulte, les fonctions dévolues à la glande. De là la cachexie.

Il est toutefois remarquable, que dans tous les cas de cancers thyroïdes que nous rapportons et dans la plupart de ceux que nous avons trouvés relatés dans les auteurs, on ne voit signalé aucun des symptômes pouvant se rapporter à ce myxœdème si fréquemment observé depuis Reverdin après l'ablation de l'organe. Nous apportons des faits dans lesquels l'organe tout entier était envahi sans que des phénomènes de cette nature se soient montrés, et M. le professeur Poncet, qui a eu l'occasion de suivre un grand nombre de malades atteints de cancer ayant envahi la totalité de la glande, nous affirme n'avoir jamais rien remarqué d'analogue au myxœdème, à la cachexie strumiprive.

Ce fait a une grande importance car il vient à l'appui de ce que nous avons annoncé dans notre chapitre d'anatomie pathologique, à savoir que les cellules ont conservé les caractères évolutifs essentiels des cellules normales dont elles émanent et continuent à remplir, par conséquent, les fonctions de la glande normale, mais peut-être imparfaitement. En somme, il ne s'agit pas d'une distruction du corps thyroïde mais seulement d'une déviation de la prolifération cellulaire.



OBSERVATIONS

Observation I

Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Bard suppléé ensuite par M. J. Audry.

B. François, 67 ans, cordonnier, demeurant à Lyon, entré le 6 août 1886, dans la salle Saint-Pierre, n° 20, à l'hôpital Saint-Pothin, mort le 24 août 1886.

Le malade jouissait d'une assez bonne santé quand il s'aperçut, il y a six mois, que son cou grossissait. Pas de goitre antérieur. A ce moment, pas de douleurs. Pas de troubles fonctionnels appréciables. Mais depuis lors il a maigri d'une façon notable. Depuis deux mois il a commencé à éprouver de l'oppression, qui a augmenté en même temps que la tumeur du cou. Il n'existe pas de douleur locale, ni spontanée, ni à la pression.

Depuis deux mois ont apparu de petites tumeurs souscutanées au niveau de l'épigastre et dans le pli génito-crural; de plus petites tumeurs semblables mais paraissant plus profondes dans l'aisselle ; presque rien dans l'aine.

La tumeur du cou se présente sous l'aspect de deux masses allongées de chaque côté du larynx et de la trachée. Rien sur la ligne médiane. Elle suit assez visiblement les

mouvements du larynx qui semblent un peu gênés et sont pénibles pour le malade. Les deux lobes latéraux de la tumeur sont assez lisses dans la plus grande partie de leur étendue, mais à leur angle infero-externe on sent un certain nombre de bosselures ou de lobulations, qu'il n'est peut-être pas légitime de rattacher à la tumeur.

Dyspnée très accusée mais sans paroxysmes ni orthopnée véritable. La déglutition est très gênée, presque impossible.

Teinte jaune-brun des téguments. L'aspect cachectique n'est pas accusé. Le malade est très faible, très amaigri, mais sans avoir l'aspect cancéreux.

Pas d'hypertrophie splénique apprèciable.

20 *août.* — Les urines contiennent une notable quantité d'albumine.

25 *août.*— Le malade s'est éteint dans l'après-midi d'hier, mais sans crises de dyspnée.

Autopsie le 27 *août* 1886. — Le corps thyroïde est le siège d'une dégénérescence cancéreuse totale ; la surface de coupe est blanche et de consistance molle. Le corps étant réclamé on ne peut examiner les rapports de la tumeur avec le larynx, la trachée et l'œsophage. La tumeur paraît cependant englober complètement la trachée.

Les petites tumeurs sous-cutanées sont arrondies, marronnées, situées dans le tissu cellulaire sous-cutané, sans adhérences au derme. Elles sont manifestement constituées par des nodules cancéreux. Leur siège est difficile à préciser ; cependant elles existent en grand nombre et en dehors des régions ganglionnaires. Aucune n'est très volumineuse. Absence de ces petites tumeurs dans l'aine et dans l'aisselle. Sur le vivant, l'aspect extérieur de ces petites tumeurs sous-cutanées était très voisin de celui qu'on a désigné sous le nom de lymphadénie cutanée. Les ganglions ont pu être envahis sur quelques points ; la distinction était difficile. Pas d'épanchement pleural important ; un peu de liquide séreux à gauche. Les poumons sont le siège de petits nodules parenchymateux très petits, surtout abondants du côté droit. A gauche, il existe, au contraire, des noyaux plus volumineux arrondis, mais dont le siège était manifestement sous-pleural. Du même côté, le dia-

phragme est complètement infiltré par de petits noyaux cancéreux, arrondis et blancs. Le tube digestif et les ganglions mésentériques sont intacts ainsi que la rate. Le foie présente quelques nodules cancéreux peu nombreux, sans augmentation de volume.

Le rein droit fait corps avec la capsule surrénale dont il est séparé par une poche hémorrhagique de volume à peu près égal à celui du rein lui-même, et qui, retenue dans une capsule de même aspect, donne à l'ensemble l'apparence de deux reins superposés bout à bout et réunis dans une capsule commune. La partie centrale du rein est le siège d'un noyau secondaire, très mou, du volume d'un œuf d'oiseau. La capsule surrénale est également dégénérée et divisée en deux par une hémorrhagie. La partie intermédiaire est remplie de caillots mous, d'aspect assez récent. Le rein gauche présente, dans un des calices, un calcul unique du volume d'une petite bille, rouge, irrégulier, hérissé. Pas de noyaux cancéreux de ce côté.

Le pancréas lui-même est le siège d'une dégénérescence cancéreuse, identique, également secondaire.

Les pièces sont inscrites au laboratoire d'anatomie pathologique, sous le n° 75 de l'année 1888. Voici le résultat de l'examen microscopique pratiqué sur des coupes durcies à l'alcool et colorées au picro-carmin. La tumeur présente un stroma connectif, constitué par des travées assez volumineuses, circonscrivant de très larges espaces dans lesquels elles envoient des prolongements plus délicats, qui les cloisonnent en une multitude de petites loges arrondies. Ces loges sont occupées par de petites cellules de forme un peu irrégulière, à noyaux non homogènes. Sur un grand nombre de points, il existe des blocs arrondis jaunes, contenant dans leur intérieur une multitude de grains qui peuvent être des noyaux très petits. Cette formation rappelle absolument l'aspect du contenu des loges du corps thyroïde normal.

Observation II

Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Bard.

B... (Jeanne), 64 ans, dévideuse, née à Trévoux, demeurant à Lyon : entrée le 10 février 1888, au n° 20 de la salle Sainte-Marie à l'hôpital Saint-Pothin , service de M. Bard.

Son père est mort à 42 ans, d'une fièvre muqueuse ; sa mère, à 66 ans, de maladie inconnue. Trois frères morts : l'un de pleurésie, les autres de maladie inconnue. Une sœur bien portante. Pas d'enfants. N'a jamais été mariée. Réglée à 13 ans, toujours régulièrement. Ménopause survenue à 50 ans. Pas de syphilis probable. Pas de signes de scrofule dans l'enfance. Pas de maladies graves à noter ; mais santé délicate.

Depuis trente ans, environ, elle a des crampes d'estomac et des digestions lentes et pénibles. Elle a toujours très peu mangé. Elle vomit rarement, jamais de sang. L'année dernière, séjour d'un mois dans le service de M. Soulier, pour sa dyspepsie.

La maladie actuelle date d'un mois environ. L'affection est surtout caractérisée par un certain nombre de tumeurs disséminées sur l'abdomen. La plus volumineuse et la première en date, siège au-dessous de l'arcade crurale, à droite et très près du pubis. Elle atteint le volume d'un gros œuf de poule. Trois autres, plus petites, mais atteignant cependant, à la palpation, le volume d'une noix, sont situées à gauche, au-dessus de l'ombilic. Ces tumeurs se signalent à la vue par une légère coloration violacée. Deux autres, plus petites, commencent à naître, l'une à droite de l'ombilic, l'autre au-dessus de l'arcade crurale gauche, dans une position à peu près symétrique à celle de la première.

Toutes ces tumeurs ont pour carectère commun d'être très dures, arrondies, très adhérentes à la peau, indépen-

dantes du tissu cellulaire sur lequel elles glissent parfaitement. Elles ont atteint leur volume actuel progressivement et continuent encore à grossir aujourd'hui.

Avant leur apparition, c'est-à-dire il y a un mois, la santé de la malade n'avait encore rien de changé à aucun point de vue ; depuis, manque d'appétit et grande faiblesse survenue peu à peu. Au bout d'une semaine environ, les urines ont brusquement diminué de quantité et sont tombées au chiffre de 200 ou 300 gr. par jour, au dire de la malade. Pas d'envies fréquentes d'uriner, pas de souffrance en urinant, pas de pertes blanches ; mais, depuis ce moment, sensation continuelle de cuisson à la vulve. De plus, elle dégage constamment une odeur d'urine assez accentuée, quoiqu'à son dire et à celui de la sœur de service, elle ne perde pas ses urines.

Le ventre est en même temps très ballonné et un peu douloureux, surtout dans les deux hypocondres. A la percussion tympanisme assez accusé. Pas de matité dans les flancs. Pas de symptômes d'ascite. Pas d'augmentation de la matité du foie, ni de la rate.

La vessie n'est pas distendue. On ne sent à la palpation aucune tumeur de l'hypocondre.

Le toucher vaginal est un peu douloureux. Le col utérin est abaissé ; le corps paraît augmenté de volume, mais on ne sent aucune tumeur faisant saillie ; aucune ulcération. L'utérus, lui-même, n'est pas douloureux.

Nulle part de ganglions.

La malade porte, depuis son enfance, un goître, qui est toujours allé en augmentant jusqu'à il y a dix ans, époque depuis laquelle il était resté stationnaire.

Depuis un mois environ, il a augmenté de nouveau. très peu, il est vrai. Il n'est pas douloureux. La moitié droite la plus grosse, est bilobée et extrêmement dure ; la moitié gauche, plus uniforme, est au contraire, assez molle.

L'état général de la malade s'est beaucoup modifié. Avec la perte des forces, l'innappétence, est survenu peu à peu un œdème des membres inférieurs, très accusé aux jambes, encore perceptible en haut à la face interne des cuisses.

La malade ne croit pas avoir maigri, mais son teint est

devenu très pâle. Rien d'anormal aux poumons. Le cœur bat dans le quatrième espace ; à l'auscultation, aucun bruit anormal.

24 *février*. — Cette nuit, un petit accès de suffocation, qui a duré quelques minutes, sans cornage. Jamais eu d'accidents analogues.

Pendant deux jours, un peu de diarrhée, qui a cédé à 2 gr. de sous-nitrate de bismuth, et qui a été assez intense pour déterminer six selles par nuit. La malade n'y est nullement sujette. Les mictions sont toujours fréquentes et peu abondantes. Teint pâle, à peine terreux, nullement jaune. Pas de pli cachectique de la peau. Pas d'oppression. La malade accuse seulement de la faiblesse, de la perte d'appétit et des forces. Elle est assez maigre, mais elle dit n'avoir jamais eu d'embonpoint et n'avoir pas notablement maigri.

27 *février*. — Un peu d'affaiblissement ; mais le teint n'a pas changé. Soif très vive depuis le début de la maladie. On n'a pas pu recueillir l'urine de 24 heures. L'œdème des membres inférieurs est très accusé, prédominant à gauche. Il est blanc et occupe toute l'étendue des membres, mais un peu décroissant de bas en haut. Pas de cordons douloureux. Pas d'œdème dans les membres supérieurs ni sur les parois abdominales.

Au toucher vaginal, qui est un peu douloureux, on constate que le col est indemne, un peu effacé, mais libre. Le cul-de-sac latéral gauche et la partie voisine du cul-de-sac antérieur sont occupés par une tumeur dure, douloureuse au toucher, immobile et sur laquelle la muqueuse glisse mal et qui paraît adjacente à l'utérus. L'abdomen est tendu, ballonné et semble contenir une petite quantité de liquide.

Les tumeurs sous-cutanées se présentent sous deux aspects différents : les unes sont saillantes ; la peau, à leur centre, est violacée et amincie ; elles sont toutes oblongues, à grand diamètre transversal, très adhérentes à la peau, faisant corps avec le derme, mais mobiles sur les parties profondes. Les autres sont plus petites. La peau ne présente à leur niveau aucun changement d'aspect ; néanmoins, elle ne glisse pas sur elles ; elle est très adhérente à leur sommet.

Le sein gauche présente, en haut et en dedans du mame-

lon, une petite tumeur globuleuse qui paraît avoir le même aspect que celles des autres régions et à laquelle la peau est un peu adhérente sans changement d'aspect. En haut et en dedans du mamelon, dans le sein, puis au-dessus de lui et se dirigeant vers la fourchette sternale, il existe une série de petites tumeurs non adhérentes à la peau et plus molles que les autres. On en trouve de même type au voisinage du sein droit.

Le corps thyroïde est très volumineux. La moitié droite est globuleuse, très dure et paraît au toucher entourée d'une carapace calcaire. Cependant, en haut, son angle supérieur et postérieur est surmonté d'un petit chapelet de tumeurs ovoïdes, petites, qui paraissent avoir augmenté tout récemment et dont la plus volumineuse est celle qui est la plus inférieure, touche le corps thyroïde lui-même. La moitié gauche, au contraire, est charnue, molle et paraît donner une sensation légère de fausse fluctaution.

Pas de douleurs notables de ce côté. La température se maintient assez voisine de la normale qu'elle dépasse généralement. Exceptionnellement elle monte au-dessus de 38° et fort peu.

28 *février*. — Depuis hier l'état de la malade s'est beaucoup aggravé. L'affaissement, qui faisait d'ailleurs des progrès assez rapides depuis l'entrée de la malade, est devenu extrême. Pas de troubles cérébraux, pas d'œdème en dehors de celui des membres inférieurs. Le ballonnement du ventre a un peu augmenté et il est douloureux à la pression.

La dyspnée est assez vive. Au moment de la visite, la malade paraît très bas et son état s'accentue avec rapidité.

Morte à midi 1/2 sans autres phénomènes.

Autopsie le 29 *février*. — Le corps thyroïde est très augmenté de volume. Il se laisse enlever facilement et n'a contracté aucune adhérence avec la peau ou les parties voisines. Ses limites et ses contours restent nets. La trachée n'est pas englobée par lui ; elle n'est pas notablement comprimée et a conservé sa forme. Adhérente au corps thyroïde, elle n'est pas fusionnée avec lui. La moitié droite du corps thyroïde est crétacée, solide quoiqu'encore multilobulée et toutes les lésions paraissent là fort anciennes. A l'angle

supéro-postérieur, de ce côté. on retrouve ces petites tumeurs globuleuses déjà signalées dans l'observation. Elles sont isolées, adhérentes les unes aux autres. Leur consistance est demi-solide. Elles ont l'aspect des modules récents, que nous retrouverons un peu partout. La moitié gauche du corps thyroïde est molle. A la coupe elle présente à la périphérie une zone de 1 centimètre environ d'épaisseur, qui offre à peu près l'aspect et la coloration du corps thyroïde simplement hypertrophié ; cependant, l'aspect finement vésiculaire de l'organe est moins net que d'habitude en pareil cas.

Le centre tout entier est constitué par une masse molle qui fait corps avec la zone périphérique, mais qui tranche sur elle par sa consistance et sa coloration blanche, sans toutefois que la limite de séparation soit absolument nette. Le centre même de la tumeur est plus mou encore et là le tissu est dissocié par un épanchement hémorrhagique diffus. Poids du corps thyroïde 470 grammes.

Au-dessus du corps thyroïde rien autre à signaler que les nodules néoplasiques voisins et adhérents déjà décrits. Les ganglions de la région sous-maxillaire et des régions cervicales sont intacts des deux côtés.

Au-dessous du corps thyroïde est une masse néoplasique plus molle et diffuse, qui s'étend dans le médiastin antérieur et une plaque infiltrée dans les couches extra-péricardiques et pleurales sans compromettre les couches internes ni du péricarde ni de la plèvre droite contre laquelle elle est située.

Rien d'anormal aux plèvres. Les poumons sont intacts et on y trouve ni noyaux secondaires ni foyers broncho-pneumoniques. Poids 385 gr. pour le droit; 325, pour le gauche. Le cœur pèse 280 gr. Aucune lésion d'orifice.

Le médiastin postérieur contient une masse néoplasique analogue à celle du médiastin antérieur. Ces masses sont comme infiltrées dans le tissu cellulaire et ne présentent pas l'aspect lobulé et mieux délimité des masses ganglionnaires. Elles sont d'ailleurs, en somme, relativement peu considérables et ne compriment pas notablement les organes voisins.

L'abdomen contient une quantité assez notable de liquide trouble et la surface du péritoine est lisse, polie, un peu nacrée mais ne présente nulle part de nodules néoplasiques saillants ni d'exsudats adhérents. La séreuse paraît généralement épaissie sans autres lésions.

Le tube digestif est intact dans toute son étendue. L'épiploon est épaissi, infiltré. Le grand épiploon forme un tablier encore un peu souple, mais qui paraît infiltré par la néoplasie. L'épiploon splénique est infiltré à la façon du tissu du médiastin et la rate est comme perdue dans une masse molle, néoplasique sur laquelle elle repose sans contracter d'adhérence. Elle pèse 50 gr. et présente son aspect livide normal. Aucun nodule secondaire. Le foie pèse 1.050 gr.; il est très pâle, décoloré mais ne présente pas de nodules secondaires. Il est d'ailleurs lisse et sans autres lésions. Partout le péritoine viscéral recouvre les tissus sous-jacents sans former de saillies, sa surface conserve son poli et sa netteté. Par contre les couches sous-péritonéales paraissent comme matelassées et on constate que sur presque tous les points, elles sont doublées par une masse néoplasique diffuse. Absolument semblable dans toutes les régions ce tissu paraît ici plus mou et plus récent que dans les médiastins. Ailleurs il est assez compact pour pouvoir être enlevé en blocs assez cohérents. Nulle part de cavités kystiques. Coloration d'un blanc laiteux. Au niveau du bassin la masse néophasique sous-péritonéale est très abondante; elle rétrécit notablement le détroit supérieur et le petit bassin. Elle envahit les couches superficielles des tissus sous-jacents; elle englobe les branches artérielles et veineuses des troncs iliaques et explique ainsi l'œdème considérable des membres inférieurs. Nulle part l'aspect lobulé des masses ganglionnaires et l'impression est que ce tissu néoplasique est infiltré dans le tissu cellulaire. Dans ces nappes continues on ne constate pas de limites et la continuité paraît exister presque partout entre les diverses masses auxquelles cette infiltration donne naissance.

Les ligaments larges et surtout l'utérus sont sains. Le col intact présente un orifice étroit de multipare. L'utérus porte appendu deux petits fibromes sous-péritonéaux pédiculés

durs dont la nature ne peut pas être confondue avec les néoplasies précédentes. Le plus gros égale à peu près le volume d'un œuf de poule.

Au niveau du duodénum, au-dessous du péritoine pariétal on constate une masse néoplasique assez considérable qui occupe le siège de pancréas, qu'elle englobe en le doublant de volume. Dans l'intérieur de cette masse on retrouve le pancréas un peu pâle mais dur avec sa consistance, son aspect et ses dimensions. La périphérie paraît embrassée par le néoplasme mais sur une zone peu étendue et il est manifeste que l'organe est entouré, à peine envahi et ne présente pas de tumeur dans son intérieur. Les deux reins paraissent perdus dans une masse néoplasique analogue, qui a complètement transformé leur atmosphère adipeuse et qui arrive jusqu'à leur capsule fibreuse à laquelle elle adhère, mais dont elle n'intéresse que les couches externes. En effet, le rein se détache sans effort de sa capsule. Celle-ci, restée adhérente au néoplasme, présente une surface lisse sur laquelle reposait le rein.

Même aspect des deux côtés, mais le rein droit, d'apparence normale, ne pése que 80 gr. tandis que le rein gauche, pesant 115 gr., présente sur sa face postérieure et son bord externe, en haut, une tache blanchâtre qui, sans en augmenter le volume, parait être le fait d'une néoplasie secondaire de l'organe lui-même. Sur la coupe cette tache ne dépasse pas en profondeur la substance corticale. En dehors elle n'adhère pas à la capsule, qui reste lisse à son niveau sauf en un point, à l'angle supéro-externe du bord connexe du rein où l'aspect du parenchyme rappelle mieux celui des masses néoplasiques, et où il existe une sorte de continuité facile à rompre d'ailleurs avec l'atmosphère celluleuse.

Les nodules sous-cutanés parsemés sur la paroi externe de l'abdomen et du thorax sont tous adhérents à la peau. Ils paraissent fixés à la partie profonde du derme. La couche superficielle de ce dernier est intacte dans les nodules plus petits et au niveau desquels la peau n'était pas violacée. Sur les autres et notamment sur le nodule inguinal droit, le derme tout entier ou à peu près paraît envahi, mais l'épiderme passe intact au-dessus de la tumeur. Les nodules

qui existaient au voisinage du sein droit sont de même nature et de même aspect que ceux des autres régions. Le parenchyme de la glande n'est le siège d'aucun foyer néoplasique.

Le nodule de la région inguinale droite siège en réalité au-dessus de l'arcade de Fallope que son bord inférieur lui-même n'atteint pas tout à fait. Il repose sur le tissu cellulaire situé en avant des aponévroses abdominales antérieures. Adhérent à la peau il glisse par contre sur les parties profondes. Ses limites dans le tissu voisin sont un peu diffuses et ne pourraient pas être poursuivies par la dissection. Il est dur ; sa surface est un peu lobée ; elle est légèrement rosée et ne présente pas l'aspect blanc laiteux des masses diffuses. Ces différences tiennent sans doute à ce qu'il est de date plus ancienne et à ce que son développement a été plus lent que celui des autres foyers secondaires.

Les nodules sous-cutanés les plus récents sont plus pâles et moins durs et établissent la transition entre le premier et les masses sous-séreuses.

Toutes ces masses sont propres au toucher ; elles présentent cependant un toucher glissant et légèrement gluant. Après les avoir manipulées, quand on se lave les mains à l'eau froide avec du savon blanc ordinaire, l'eau devient plus onctueuse, comme si elle était mêlée à de la glycérine. Aussitôt la friction fait apparaître de longs filaments gluants jaunâtres, assez semblables mais plus collants que ceux qu'on obtient quand on se sert de savon noir. Cette expérience, répétée par toutes les personnes présentes à l'autopsie, ne laisse aucun doute. Le lavage au même savon blanc seul ne donna rien.

La contre épreuve a été faite immédiatement sur les organes d'un autre cadavre, et la réaction signalée n'a pas été obtenue. On a alors écrasé dans les doigts le corps thyroïde de cet autre sujet, qui était sain et très petit, et on a obtenu une réaction analogue mais très faible et, d'ailleurs douteuse.

Ce dernier caractère appelle d'autres essais sur d'autres corps thyroïdes plus développés. Il se peut, d'ailleurs, ajoute M. Bard dans son observation, qu'il soit commun à plusieurs néoplasmes, il lui semble l'avoir constaté dans d'autres occasions, mais il n'a rien de précis.

En résumé, on ne trouvait nulle part de néoplasme viscéral, sauf dans l'épaisseur du lobe gauche du corps thyroïde, qui a sans doute été le foyer primitif de la lésion.

Pas de cancer secondaire dans les parenchymes viscéraux mais la généralisation n'en est pas moins colossale, d'abord sous forme de foyers nodulaires fixés dans la partie profonde du derme, puis sous la forme d'infiltrations diffuses énormes dans le tissu cellulaire sous-séreux des médiastins d'abord, puis du péritoine par la suite.

Les généralisations successives paraissent avoir présenté une marche d'autant plus rapide et plus envahissante qu'elles étaient d'apparition plus tardive.

Relevé des températures rectales, du 10 au 29 février :

10 février m. — s. 38,5; — 11, 37,8; 38,5; — 12, 37,9; 38,2; — 13, 37,7; 38,3; — 14, 37,9; 38,4; — 15, 37,8; 37,9; — 16, 37,6; 38; — 17, 37,4; 37,9; — 18, 37,4; 37,8; — 19, 37,6; 38,1; — 20, 37,8; 37,9; — 21, 37,5; 38,2; — 22, 37,6; 38; — 23, 37,7; 37,9; — 24, 37,6; 37,9; — 25, 37,6; 37,9; — 26, 37,5; 37,7; — 27, 37,4; 38,4; — 28, 38.

Voici le résultat de l'examen histologique des pièces qui figurent sur le registre du laboratoire d'anatomie pathologique, sous le n° 66 de l'année 1888 :

Les coupes colorées au picro-carmin montrent une tumeur constituée par des cellules embryonnaires du type thyroïdien sous-stroma interposé au milieu desquelles on aperçoit quelques globes jaunes. Sur des coupes des nodules juxtathyroïdiens, même aspect, ainsi que sur les portions prises sur la périphérie du pancréas. Les coupes faites sur la partie centrale du pancréas révèlent du parenchyme pancréatique avec un peu de tumeur sur un bord. Quant aux nodules cutanés, ils sont de même type que la tumeur principale, mais très embryonnaires.

Observation III

Cette observation nous a été communiquée par notre ami, le Dr Albertin.

C. Claudine, 57 ans, cultivatrice, née à Pontcharra (Rhône), y demeurant, entrée, le 27 juillet 1886, dans le service de M. le professeur Poncet, salle Saint-Paul, nº 81, Hôtel-Dieu.

Rien d'héréditaire dans les antécédents. Réglée à 13 ans, toujours régulièrement. Ménopause survenue à 53 ans. Mariée à 21 ans. Six enfants, tous vivants et bien portants. Pas d'avortement.

Aucune maladie grave antérieure. Depuis longtemps un peu d'hypertrophie de la thyroïde, mais peu apparente, et donnant seulement au cou un aspect pour ainsi dire étalé.

Il y a trois mois, sans cause apparente, elle éprouva subitement quelques douleurs à la partie supérieure du sternum ; ces douleurs s'irradiaient vers l'épaule.

La malade est très affirmative sur le point de départ de l'affection. La tuméfaction et les douleurs ont débuté par la poignée sternale. Douleur et tuméfaction se montrèrent ensuite au niveau du lobe gauche, et enfin au niveau du lobe droit du corps thyroïde.

Pendant trois semaines les douleurs persistèrent pour céder au bout de ce temps-là.

Durant les trois mois qui précèdent son entrée à l'Hôtel-Dieu, la malade maigrit beaucoup ; l'appétit diminue un peu.

Voici son état au moment de son entrée au service. On trouve d'abord une tumeur plus grosse qu'une grenade, allongée dans le sens transversal, obliquement dirigée en haut, en arrière et en dehors, dépassant à gauche la ligne médiane de 0,02 centimètres environ, filant à droite en arrière de la clavicule qu'elle déborde, ainsi que le sternum en bas. Elle est longue de 0,15 centimètres, haute

de 0,10 centimètres. Elle proémine environ de 0,04 centimètres au-devant du cou.

A droite et un peu en arrière, elle est recouverte par une jugulaire externe de la grosseur du petit doigt; d'autres veines superficielles du cou s'entre-croisent à la partie antérieure. Toutes sont très volumineuses. En arrière et à droite de cette masse qui est assez uniforme, peu lobulée, point douloureuse, sans changement de coloration de la peau et sans adhérences de celle-ci, on trouve un ganglion hypertrophié assez volumineux, flanqué de quelques autres plus petits. On sent aussi au même niveau, une bride qui se dirige vers l'omoplate, bride tendue, qui représente sans doute le muscle omo-hyoïdien.

Du côté gauche, sur la face externe du cou, au-dessus et même un peu en arrière de la clavicule, existe une masse principale en forme de cœur entourée de quelques autres de grosseurs diverses, A ce niveau, quelques points assez douloureux à la pression. On sent sous la peau, comme de l'autre côté, la corde formée par l'omo-hyoïdien,

La veine jugulaire placée sur le bord postérieur de cette masse est aussi très dilatée.

Ces deux masses sont séparées du cou, la première surtout, par un sillon profond.

Entre elles, on trouve la trachée; le larynx se sent très facilement en haut, couché de haut en bas et de droite à gauche ; puis la trachée forme une courbure qui la ramène presque au milieu de la fourchette sternale.

Enfin, la poignée sternale proémine aussi ; elle est bosselée, rémittente et mollasse par places ; il semble qu'entre le périoste et l'os, il existe des fongosités. Cette partie est assez douloureuse. Elle est large de 0,08 centimètres sur 0,03 centimètres de hauteur. Elle s'avance bien au devant des clavicules et semble s'être luxée en avant d'elles. La circonférence totale du cou est de 0,43 centimètres.

Pas de prolongement rétro-sternal apparent. Phénomènes de suffocation, surtout lorsqu'elle est couchée. Elle se lève alors, se promène et l'accès se calme. Cornage assez violent par accès et se prolonge parfois toute la nuit. La malade repose mieux quand elle est couchée du côté droit.

Elle dit avoir eu de la raucité de la voix depuis deux ans. Symptômes de dysphagie assez prononcés ; elle ne peut avaler que des liquides, des potages ou des aliments très dilués, non pas sans efforts douloureux. Le lobe droit de la tumeur suit les mouvements d'ascension du larynx ; le gauche monte davantage avec lui.

Teint un peu jaune, qui s'est accentué, au dire la malade, depuis le début de son affection.

Le thorax est très étroit, amaigri.

30 *juillet*. — Opération. Incision transversale à la partie moyenne de la hauteur de la tumeur. Grande vascularité à ce niveau. Ligature des deux jugulaires. En présence de cette vascularité énorme et de la perte de sang occasionnée par l'opération, en présence aussi des accidents respiratoires, M. Poncet se décide à pratiquer la trachéotomie.

La tumeur est liée à sa base. On ne peut en faire l'ablation ; elle s'étend en effet à toute la région. On trouve, entre autres particularités, un prolongement thoracique que le doigt ne peut suivre jusqu'à sa terminaison. Prolongement rétro-pharyngo-œsophagien.

La trachée est aplatie en lame de sabre et l'introduction de la canule est très difficile. La malade respire mal. Le pouls est très petit.

Pansement iodoformé.

La malade meurt une demi-heure après l'opération.

Autopsie 24 heures après la mort.

Région cervicale. — A ce niveau, deux tumeurs principales, auxquelles est annexée, à gauche, une troisième masse plus petite. La première, très volumineuse, est celle qui formait la partie la plus saillante au devant et à droite du cou. Elle était fixée tout contre le rachis ; elle présente le volume d'un poing. Après l'avoir coupée en deux parties, on constate qu'elle est lobulée. Çà et là, quelques kystes plus ou moins profonds. Elle est divisée, dans sa totalité, en deux lobes : l'un inférieur, volumineux, dont le tissu est très résistant, carcinomateux ; l'autre, supérieur, coiffant le premier et de date plus ancienne. Son tissu est jaune d'ocre, foncé, friable, se réduisant en débris sous la pression des doigts.

Le tout est enveloppé par divers fascia plus ou moins épais. A gauche de cette première masse, il en existe une seconde, comprise entre les deux carotides, aplatie comme un rein et qui, à la coupe, offre l'aspect du tissu carcinomateux, laissant suinter un liquide de même nature.

En arrière, enfin, de cette tumeur, une dernière portion présentant comme la première quelques kystes.

Ces trois masses sont plus ou moins adhérentes entre elles et entourées çà et là par des ganglions hypertrophiés et dégénérés.

Sternum. — A l'ablation du sternum, on trouve à sa face postérieure quelques ganglions.

Au niveau de la poignée, une tumeur, qui, sous la peau, présentait l'aspect lobulé qui a été décrit.

En sciant le sternum, on tombe sur un néoplasme, véritable carcinome, inclus entre deux lames extrêmement minces de tissu osseux, qui ne sont autre chose que les deux lames sternales antérieures et postérieures. Le tissu spongieux intermédiaire a été remplacé par le néoplasme. Celui-ci forme une masse indépendante des tumeurs voisines. Le périoste est épaissi.

Voies respiratoires. — Rien du côté de la bouche ni du larynx. La trachée est aplatie en fourreau de sabre, surtout dans une étendue de 2 centimètres, située au-dessous du cartilage cricoïde. Pas de ramollissement en aucun endroit.

A la surface postérieure du cartilage cricoïde de nombreuses adhérences.

Le larynx est dévié en bas et à gauche, comme on le sentait sur le vivant, et la trachée refoulée à gauche par la tumeur, forme l'arc à concavité gauche, qui a été également décrit dans l'observation.

Le poumon est le siège d'une généralisation carcinomateuse assez prononcée, s'étendant surtout au sommet droit et à la partie interne et inférieure du poumon gauche.

Œsophage. — Le sommet de l'infundibulum pharyngien présente une extension de l'affection carcinomateuse aux muscles du pharynx formant à ce niveau une sorte d'anneau épais. A la partie supérieure de l'œsophage et à droite on trouve un bourgeon de la largeur d'une pièce de 20 centimes,

bourgeon rougeâtre qui vient des portions de la tumeur situées derrière l'œsophage à ce niveau.

Dans le foie, noyaux cancéreux au nombre de quatre à cinq; deux d'entre eux surtout sont volumineux, l'un appartient au bord postéro-inférieur de l'organe, il est situé à 2 centimètres en dedans du sillon antéro-postérieur; l'autre appartient au lobe gauche. Tous les noyaux, gros ou petits, sont remplis d'un liquide caséeux analogue au pus caséeux de la tuberculose.

Rien aux reins.

Rien à la rate.

Rien du côté des *organes génitaux internes*, sinon un petit fibrome au niveau du col utérin et quelques kystes ovariques, gros comme des haricots.

Les pièces qui se rapportent à cette observation sont inscrites au laboratoire d'anatomie pathologique sous le n° 118, de l'année 1887.

Voici le résultat de l'analyse histologique :

La portion molle est constituée par des travées fibreuses circonscrivant des alvéoles dans lesquelles on trouve un épithélium à gros noyaux nucléolés.

Dans la portion osseuse, il existe, d'une part, du tissu fibroïde et, d'autre part, des alvéoles identiques à ceux de la portion molle.

Observation IV

Recueillie dans le service de M. le professeur L. Tripier,
par M. Tellier, interne du service.

V. (Jeanne), 57 ans, ménagère, né à Saint-Germain-Laval, demeurant à Boin, entrée le 14 novembre 1887, à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, au n° 9 de la salle Sainte-Anne.

Pas de renseignements sur les antécédents héréditaires. Bonne santé habituelle sauf depuis deux ans environ. Ja-

mais de maladies à noter. Trois enfants; deux morts en bas âge. Une fille bien portante, ayant elle-même des enfants en bonne santé.

Pas de renseignements, par suite de l'état d'obnubilation de la malade. On note un certain degré de névropathie.

Pas de traces de syphilis. Son gendre affirme n'avoir jamais entendu dire qu'elle eût été malade.

Toutefois, depuis 18 mois environ, altération de la santé, amaigrissement considérable. Perte de l'appétit. Douleurs très vives qui, après avoir été erratiques se seraient localisées dans l'abdomen et surtout à droite dans la fosse iliaque.

Le caractère s'est assombri, est devenu désagréable. Jamais de vomissement, ni de mœlena, ni d'ictère, ni d'hémorrhagies d'aucune nature.

Elle entre dans le service pour une fracture de cuisse datant du 7 novembre 1887. Descendant un escalier, elle fit un faux pas à la dernière marche et tomba de sa hauteur. On constate une solution de continuité du fémur siégeant à l'union des 2/5 supérieurs avec les 3/5 inférieurs. Quoique l'on ne soit qu'àu huitième jour, on sent déjà, au niveau du trait de fracture, une masse dure, volumineuse. Mobilité anormale et crépitation. — Douleurs assez vives. — Pas de gonflement des téguments. Pas de signes d'épanchement articulaire. Impotence fonctionnelle absolue.

État général assez mauvais. État cachectique fort marqué. Perte de l'appétit. Langue sèche, rôtie, de perroquet. Température rectale 38,3. Constipation depuis plusieurs jours. Douleurs dans l'abdomen qui paraît ballonné. Le ballonnement disparaît après un cathétérisme qui évacue une grande quantité d'urines. La palpation ne dénote aucune tumeur. Elle est douloureuse. Œdème de la paroi abdominale. Rien, du côté des membres inférieurs, autre que la fracture de cuisse. Le toucher vaginal révèle la présence d'un petit polype; le toucher rectal, des matières en grande quantité dans le rectum. Dans les urines, du pus et un peu d'albumine.

Rien au cœur et aux poumons. Goître parenchymateux, du volume d'un œuf.

25 *novembre.* — Etat général de plus en plus mauvais. La malade va sous elle. Escharre sacrée. Langue fortement rôtie. Perte de l'appétit. Alternatives de diarrhée et de constipation. L'obnubilation augmente.

2 *décembre.* — L'aggravation augmente.

La malade meurt dans la nuit, à 1 heure du matin.

3 *décembre.* — *Autopsie.* — Pleurésie ancienne et adhérences nombreuses à gauche. A droite, cicatrice ancienne au sommet. Rien au cœur.

Reins sclérosés. Capsule adhérente. Surface du rein granuleuse. Rien à noter du côté du foie et de la rate. Rien sur l'intestin. Sur la moitié droite du sacrum, on sent une tuméfaction, du volume d'un œuf euviron. Le sacrum désarticulé, on fend la tumeur. Les caractères macroscopiques ne présentent rien de bien spécial. Colonne vertébrale intacte.

Au siège de la fracture, pas de commencement de consolidation. Le trait est presque transversal. Les deux fragments sont déplacés suivant l'épaisseur. Diminution d'épaisseur de la paroi diaphysaire au niveau de la fracture.

La malade étant réclamée, on n'enlève pas le cerveau. Le corps thyroïde ayant été oublié, pas d'examen microscopique.

La pièce est inscrite au laboratoire d'anatomie pathologique sous le n° 286, 24 décembre 1887.

Sous la lettre A figurent les fragments de la tumeur présacrée. Sur les coupes durcies dans l'alcool et colorées au picro-carmin, le fragment principal présente l'aspect d'une tumeur du corps thyroïde d'une malignité moyenne, elle est constituée par des tubes épithéliaux pleins ; les uns sans autre formation ; les autres donnent naissance à des vésicules thyroïdiennes très nettes.

Sous la lettre B est noté le résultat de l'examen de la tumeur développée au foyer de la fracture du fémur. On y constate, à côté des vestiges de tissu osseux, des cavités closes contenant de la matière colloïde thyroïdienne, et par places, des tubes pleins du même type.

En résumé, probablement noyaux secondaires d'une tumeur thyroïdienne.

Observation V

Recueillie par nous dans le service de M. le professeur L. Tripier.

D... (Mathilde), 23 ans, lingère, née au Petit-Lemps, demeurant à Vaugris, entrée le 29 avril 1887 dans le service du professeur Tripier, au n° 26 de la salle Sainte-Anne.

Père âgé de 50 ans, rhumatisant. Mère, 52 ans, bien portante. Quatre frères ou sœurs bien portants, point de morts.

Bonne santé habituelle. Réglée à 16 ans assez irrégulièrement. Pas d'accouchements ni de fausses couches. Pas de manifestations scrofuleuses dans l'enfance de la malade. L'année dernière, fluxion de poitrine, qui a duré environ dix jours. Aucune autre affection à noter. Pas de syphilis probable.

Il y a environ douze jours que la malade se serait aperçue, pour la première fois, de l'apparition sur la face antérieure du cou d'une tumeur, du volume d'un œuf de poule. D'après elle, elle aurait toujours eu le même volume, mais d'après les personnes qui l'entourent, chaque jour elle augmenterait.

A l'examen de la région, pas de changement dans la coloration ni dans la température de la peau. La main, appliquée au niveau de la tumeur, ne perçoit pas de battements. A l'auscultation, aucun bruit de souffle. A la palpation, dans la région sus-sternale, tumeur de consistance peu dure, avec sentiment de fausse fluctuation. Cette tumeur est mobile sur les parties profondes et suit le larynx dans les mouvements de déglutition. Elle est lisse, arrondie, et siège exactement sur la ligne médiane. Pas de douleurs spontanées ni provoquées par la pression. La tumeur ne gêne en rien la malade. Pas d'accès de suffocation. Pas de troubles dans la déglutition. Etat général excellent. Pas de tremblement ni d'exophtalmie. Quelques battements de cœur. A l'examen, rien d'anormal au cœur ni au thorax.

L'appétit est conservé. Les fonctions digestives s'accomplissent bien, le volume du foie et de la rate est normal. Beaucoup d'albumine dans les urines.

26 *mai*. — Ablation de la tumeur. La trachée déviée à droite est molle et aplatie en fourreau de sabre. Lavage à l'acide borique, drainage, pansement iodoformé. La tumeur a été enlevée par énuclation. Celle-ci a présenté une certaine difficulté surtout à la partie supérieure où on trouve de nombreux vaisseaux.

28 *mai*. — Le lendemain de l'opération, phénomènes marqués de dépression avec de l'agitation. Angine empêchant la déglutition. Vomissements.

12 *juin*. — Cet état dépressif n'a duré que quelques jours. Du côté de la plaie tout est allé à la perfection. La malade sort. Cicatrisation complète, sauf au point le plus déclive, place du drain. Etat général assez satisfaisant. Forces et embonpoint conservés. La voix est enrouée et l'examen laryngoscopique montre la corde vocale gauche rouge et enflammée. De temps en temps quelques douleurs lancinantes au cou. Au cœur, bruits sourds sans souffle. Palpitations existant auparavant sans augmentation. A son entrée elle pesait 52 k. 500.

2 *juillet*. — La cicatrisation est douloureuse dans les mouvements du cou. Etat général excellent. Menstruation toujours irrégulière mais plus abondante. Dilatation des pupilles, persistance des palpitations mais aucun trouble de la voix. Poids 55 k. Même vêtement que lors de la première pesée.

La pièce se rapportant à cette observation est inscrite au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, sous le nº 147 de l'année 1887.

La tumeur est du volume d'un poing, homogène, de consistance charnue sans kystes. On trouve à la partie centrale une plaque très dure, irrégulière et étoilée de consistance osseuse ou calcaire. Elle est entourée de tissu fibreux résistant, qui s'insère sur elle. A l'examen microscopique, la portion dure paraît formée par une plaque fibreuse, qui par places contient dans son intérieur des lobules thyroïdiens; les uns avec substance colorée en jaune par le picro-carmin, les autres exclusivement cellulaires.

La portion molle présente au milieu d'une sclérose assez intense des ilots de cellules épithéliales formant des tubes, quelques-uns pleins mais contenant pour la plupart un globe jaune central.

Nous avons écrit, le 24 décembre 1888, au père de la malade, à cette époque elle allait assez bien, mais son cou paraissait un peu plus gros du côté droit.

Observation VI

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Sabatier.

P... (Françoise), 66 ans, blanchisseuse, née et demeurant à Vourcieux (Loire), entrée le 15 septembre 1887, au n° 18 de la salle Sainte-Anne, dans le service de la clinique chirurgicale du professeur Tripier, alors suppléé par M. Sabatier.

Parents morts à un âge avancé. Encore trois frères en bonne santé. Pas de strumes dans l'enfance. Toujours bonne santé. Réglée à 12 ans. Ménopause à 36 ans. Une fille bien portante.

Jamais eu de goître, même peu marqué.

Début de l'affection actuelle, il y a deux mois environ, à la suite d'un refroidissement contracté dans l'exercice de sa profession, au dire de la malade. A ce moment, symptômes fébriles, soif vive, frissons, etc. En même temps le cou augmentait de volume petit à petit. A cette époque, légères douleurs au niveau de la partie antérieure du cou, douleurs que la malade compare à des picotements. La nuque, l'oreille, étaient le siège de douleurs plus marquées qui persistent encore aujourd'hui. Gêne de la déglutition et de la respiration dès le début. Cet état persiste et s'aggrave plutôt. Amaigrissement prononcé. Appétit peu marqué. Soif vive. Plus de frissons, mais douleurs persistantes à la nuque. Au cou on trouve une tumeur énorme, saillante, siégeant à la partie antérieure du cou et présentant trois lobes, deux adhérents ensemble, sur la ligne médiane, un second sur le côté droit du cou, le troisième situé du côté gauche

et indépendant des deux premiers, du volume d'un œuf et mobile dans tous les sens. La peau est encore mobile sur la tumeur, au niveau des parties latérales, mais elle est adhérente, œdémateuse, d'un rouge sombre sur la ligne médiane. Elle est chaude à la palpation. Elle adhère fortement à la tumeur sur le lobe médian. Sur la partie supérieure, au niveau de la tumeur, elle présente l'aspect de la peau d'orange. Sur le côté droit la tumeur est encore un peu mobile, mais sur la ligne médiane elle est complètement immobile, soudée au sternum et aux parties profondes. La consistance générale est dure ; cependant en certains points et principalement sur le lobe droit, il semble y avoir des points plus ramollis, plus fluctuants. Elle est moins dure du côté gauche. Aucune mobilité dans les mouvements de déglutition ou de respiration. Douleurs irradiées aux épaules.

Circulation sous-cutanée sur le sternum et la partie supérieure du thorax.

Aux poumons, râles de bronchite sonore étendus aux poumons, respiration rude, toux quinteuse.

Rien au cœur.

La peau est chaude. Température rectale du soir 38,6.

20 *septembre.* — Ponction pratiquée sur le lobe médian ne donnant issue qu'à du sang en petite quantité.

21 *septembre.* — Température locale prise sur la tumeur médiane du cou 37°, sur la région précordiale 36,8. La ponction paraît avoir soulagé la malade. Elle a permis en outre de faire le diagnostic entre une thyroïdite suppurée et un cancer fébrile. L'intervention radicale est repoussée en raison du mauvais état général. Amaigrissement, teint jaune paille, râles disséminés de bronchite. Pas d'hémoptysies.

Autopsie, 21 *octobre* 1887. — En faisant l'incision du cou sur la ligne médiane on observe une adhérence de la peau avec les tissus sous-jacents. Le lobe droit du corps thyroïde est hypertrophié et présente environ les dimensions de deux poings d'adulte. Il s'étend de la partie latérale du cou jusque dans le creux sus-sternal. La moitié supérieure offre à la coupe la conformation d'un goître kystique avec deux poches, l'une du volume d'une petite orange, l'autre d'une

petite noix. La moitié inférieure a la structure d'une tumeur· Pas de suc à la pression. L'ensemble de ce lobe droit qui par le fait est antérieur et présente même à gauche de la ligne médiane une saillie assez marquée, a dévié et déprimé la trachée. Aussi celle-ci décrit-elle une légère courbe à concavité tournée a droite et présente-t-elle sur une longueur de 6 à 8 centimètres à partir du cartilage cricoïde une dépression de sa paroi antérieure.

Le lobe gauche du corps thyroïde, qui a le volume d'un testicule normal présente aussi à la section quelques points de nature néoplasique. Deux ou trois ganglions carotidiens un peu tuméfiés. Voici l'état de la plèvre pulmonaire : sur les deux poumons et spécialement sur leur portion antérieure une série de noyaux en gâteaux circulaires de 4 à 8 centimètres de diamètre, de consistance fibreuse, faisant saillie dans la plèvre et comparables à autant de boutons de chemises fixés dans le ponmon. A la section de ces points, qui sont au nombre d'une quarantaine, on trouve d'abord la plèvre, puis un tissu blanchâtre assez dur de 1 millimètre environ d'épaisseur ; au-dessous un tissu ayant l'aspect d'infarctus hémorrhagiques avec la forme en triangle à base tournée vers l'extérieur et à sommet dirigé vers le centre des poumons. Cet aspect d'infarctus n'existe d'nne façon nette que sur cinq ou six noyaux, à d'autres endroits le poumon paraît sain sous les noyaux.

Rien à noter sur la plèvre diaphragmatique ni sur la plèvre pariétale. Rien sur le péricarde. Rien au cœur. Etat normal du foie, des reins, de la rate, des ovaires et de l'utérus. Le cerveau n'a pas été examiné.

Relevé des températures rectales du matin et du soir présentées par la malade pendant son séjour à l'hôpital :

T. R. 16 septembre. M.; S. 38,6 ; — 17, 37,4 ; 39,3 ; — 18, 38,7 ; 39,2 ; — 19, 38; 39,2 ; — 20, 38,4 ponction ; 37,9 ; — 21, 37,8; 38,7 ; — 22, 37,9 ; 39,3 ; — 23, 38,2 ; 39,1 ;— 24, 38,2 ; 39,6 ; — 25, 37,9 ; 38,8 ; — 26, 38,3 ; 39,1 ; — 27, 38 ; 38,1 ; — 28, 38,3 ; 37,9 ; — 29, 38,4 ; 39,1 ; — 30, 38,1 ; 37,8 ; — 1er octobre, 37,9 ; 39; — 2, 38,4 ; 38,8 ; — 3, 38,2 ; 38,4 ; — 4, 38,4 ; 38,7 ; — 5, 38,2 ; 38,5 ; — 6, 38,8 ; 39,1 ; — 7, 38,2; 39 ; — 8, 38,1 ; 38,1 ; — 9, 38,1 ; 38,7 ; — 10, 38 ; 38,6 ; —

11, 38 ; 38.7 ; — 12, 38,4 ; 39,6 ; — 13, 38 ; 38,6 ; — 14, 38,1 ; 38,8 ; — 15, 38,6 ; 38,8 ; — 16, 38,6 ; 38,9 ; — 17, 38,4 ; 38,6 ; — 18, 37,6 ; 38,5.

Les pièces se rapportant à cette observation sont inscrites au laboratoire de la Faculté de médecine sous le n° 248, le 21 octobre 1888.

Sous la lettre A se trouve la tumeur ancienne du lobe droit. Elle présente sur les coupes des îlots épithéliaux peu caractérisés dans un stroma abondant;

Sous la lettre D la tumeur récente du lobe gauche, dont les coupes montrent des tubes épithéliaux multiples contenant pour la plupart un globe jaune central.

Les tumeurs de généralisation du poumon C sont identiques à la précédente.

Quant aux coupes du ganglion D elles présentent des ilots de généralisation d'aspect peu embryonnaire.

Observation VII

Recueillie dans le service de M. le professeur J. Teissier, complétée dans le service de M. le professeur Poncet.

L... (Marie), 54 ans, domestique, née et demeurant dans le département de Saône-et-Loire, entrée à l'hôpital du Perron, salle Sainte-Marguerite, n° 13, le 17 janvier 1888.

Mère, 81 ans, bonne santé. Père mort à 80 ans, après une longue et douloureuse maladie de nature inconnue. Un frère et une sœur vivants. Frère mort accidentellement.

Jusqu'à l'âge de 15 ans, elle était assez bien portante, quoique chétive. Pas de maladies graves.

A 15 ans, menstruation assez régulière. A 35 ans, érysipèle assez grave. Elle aurait toujours un peu toussé. Depuis l'âge de 40 ans, essoufflement facile. Elle n'a jamais habité d'endroits humides. Pas de rhumatisme. Elle était bien nourrie, mais fournissait un travail pénible, faisant de plus la cuisine. L'oppression, qui s'est manifestée vers l'âge de

40 ans, a augmenté depuis 45 ans surtout, lentement et progressivement. A 48 ans, accès de palpitation violents de peu de durée. A 48 ans, des chagrins ont aggravé son état. Depuis deux ans seulement, elle souffre moins du cœur.

Depuis quelques années, le moindre labeur lui est pénible, elle monte avec peine les escaliers. Toux et crachats sans hémoptysies, depuis huit ou neuf ans. Dans cet intervalle, amaigrissement, perte des forces et de l'appétit, irrégulier depuis quelque temps. Fonctions intestinales à peu près régulières. Ménopause à 42 ans, sans influence sur l'état général.

Vers l'âge de 25 ou 30 ans, la malade remarqua que son cou grossissait. L'hypertrophie de la thyroïde débuta par le lobe médian, pour gagner ensuite le lobe droit et enfin le lobe gauche. A l'entrée de la malade, l'auscultation du cœur ne permet pas d'affirmer des lésions. A peine, parfois, un dédoublement du second temps.

Le thorax est globuleux. La sonorité exagérée aussi bien que les vibrations. L'inspiration et l'expiration ont une longueur à peu près égale, pas de râles dans le parenchyme. Râle trachéal produit par la compression de la tumeur. Celle-ci est très développée, surtout à la partie moyenne, où elle déborde en avant de la poignée sternale. On peut glisser quelques doigts et la soulever, ce qui soulage la patiente. Cette masse est dure, un peu bosselée à sa surface, parfaitement séparée par un sillon du lobe droit et du lobe gauche. Le premier, plus volumineux, ne paraît pas modifier ses dimensions depuis quelque temps. Au contraire, le lobe gauche, situé longitudinalement le long du cou oblong, s'hypertrophie peu à peu. On sent nettement, en mettant la main sur lui, le battement des carotides sur lesquelles il repose. Ces masses, du reste, paraissent ne pas avoir contracté beaucoup d'adhérences avec les parties sous-jacentes.

Exophtalmie développée lentement. Œil brillant. Autres fonctions bonnes.

11 *février*. — Depuis son entrée, la malade est beaucoup plus fatiguée. Le lobe gauche de sa tumeur s'est développé rapidement en se bosselant par places. Les battements sont visibles à l'œil nu. Les veines font saillie sous la peau.

Un soir, accès subits de suffocation avec cyanose, refroidissement des extrémités. La crise cesse par l'application des ventouses. Le lendemain, les jours suivants, d'abord à la même heure, de 9 heures à 11 heures du soir, puis dans la journée, à des heures très irrégulières, ces crises de dyspnée se reproduisent avec les mêmes caractères : cyanose du cou et de la face plus ou moins accentuée, suivant la violence de l'accès. L'exophtalmie s'accuse, les veines jugulaires se gonflent, le lobe gauche surtout de la tumeur est turgescent; les extrémités sont froides, moites. Le corps chargé de sueurs. Râle trachéal plus ou moins prononcé. Dyspnée intense, efforts exagérés pour inspirer. Mouvements expiratoires fréquents. La malade saute hors du lit, en proie à une angoisse horrible. Pouls plein, fort, tumultueux.

Le soulèvement du goître soulage la malade, mais les ventouses réussissent mieux. Bromure, iodure, digitale, lobélie, morphine, éther, etc., tout a été essayé, bien que la malade se laisse difficilement soigner. Dans les deux ou trois dernières crises, au lieu de ventouses, on lui a fait respirer un peu de chloroforme en soulevant la tumeur. La crise a cessé lorsque déjà elle avait commencé; elle a été enrayée lorsqu'elle ne faisait que s'annoncer.

Amaigrissement, perte des forces, plus d'appétit, soif vive, peau chaude, elle supporte à peine son drap.

Les jambes et le bras droit sont œdématiés. En présence de cet état de plus en plus alarmant, M. le professeur Teissier décide la malade à entrer dans le service de M. le professeur Poncet pour intervenir s'il y a lieu.

Rien dans les urines.

16 *février*.—Morte d'épuisement nerveux et non de suffocation, peu de temps après son entrée à l'Hôtel-Dieu.

A l'autopsie on trouve que la tumeur a le volume d'un poing. Poids 570 gr. — Elle est située en avant et s'est développée aux dépens de l'isthme et du lobe gauche. Elle plonge dans le médiastin jusqu'à la bifurcation bronchique et présente, au niveau du cercle dorso-claviculaire, un étranglement très accentué. A la dissection, la partie inférieure paraît de nature ganglionnaire et se trouve reliée à la partie supérieure par du tissu fibreux très serré. Toute

cette masse est solide. Pas le plus petit kyste. — De gros ganglions carotidiens gauches font cortège à la tumeur et à la coupe, présentent le même aspect cancéreux. Rien de particulier dans le lobe droit atrophié ; il est indépendant de la tumeur. La trachée est déviée à droite, aplatie dans la région cervicale à partir de son troisième anneau. Manque d'élasticité de quelques cerceaux cartilagineux, mais pas l'ombre de transformation à leur niveau. Au maximum de la compression et du refoulement la muqueuse trachéale est pâle, rouge au-dessous du point comprimé. Le foie est gros, les reins sont congestionnés. Le cœur et les poumons sont normaux.

La pièce est inscrite au laboratoire d'anatomie pathologique sous le n° 53, février 1888.

Le suc provenant de la manipulation de ces pièces présentait, avec le mélange de savon blanc, la réaction mentionnée dans une de nos précédentes observations.

Sous la lettre *a* se trouve la tumeur thyroïdienne, qui est un épithélioma tubulé du type tyroïdien, avec un grand nombre de vésicules contenant de la substance colloïde.

La portion inférieure, très probablement ganglionnaire, présente le même aspect, mais avec des globes jaunes en moins grande quantité. Quant au lobe atrophié, inscrit sous la lettre *g*, il offre sur les coupes deux zones, l'une avec sclérose et atrophie, l'autre avec envahissement néoplasique.

Les ganglions placés entre la carotide primitive et le tronc brachio-céphalique offrent le même aspect que les ganglions du médiastin avec quelques globes jaunes.

Observation VIII

Recueillie dans le service de M. le professeur Poncet, publiée par notre ami le Dr E. Rollet, dans la *Gazette médicale des hôpitaux de Paris*, 19 mai 1888.

Lap. (Jean-Benoit), 42 ans, habitant à Saint-Just-la-Pendue (Loire), entré, le 7 mars 1888, à l'Hôtel-Dieu, dans

le service de M. le professeur Poncet, salle Sainte-Marthe n° 5, où l'observation est recueillie par notre collègue et ami M. A. Chaintre.

Antécédents héréditaires inconnus. Bonne santé habituelle, aspect vigoureux. Il y a quinze ans environ, cet homme s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur située en avant de la trachée, au niveau et au-dessus de la fourchette sternale. Cette tumeur augmenta peu à peu. Pas de gêne respiratoire.

Il y a seulement quinze jours, le malade constata l'augmentation subite du volume de sa tumeur qui, en quelques jours, arriva à gêner sa respiration d'une façon notable. A son entrée à l'hôpital, on constata une tumeur énorme, occupant toute la région antérieure du cou. Elle est nettement bilobée. Le lobe médian descend jusqu'à la fourchette sternale, derrière laquelle on le voit s'engager profondément. Les deux lobes latéraux sont situés un peu plus haut et recouvrent la région carotidienne des deux côtés. Cette tumeur présente un aspect lobulé et un riche réseau veineux qui en recouvre toute la surface. La peau n'est nullement adhérente en aucun point. Pas de douleurs. A la palpation, quelques bosselures, quelques points où l'on perçoit une sorte de fausse fluctuation. La tumeur a des adhérences profondes et il est impossible d'en limiter le contour.

Pendant les mouvements de déglutition, on sent la tumeur s'élever en masse avec le larynx. Accès de suffocation intenses. Respiration difficile, tirage et cornage manifestes. Le moindre mouvement aggrave ces symptômes et amène une dyspnée très marquée. Depuis quinze jours à peine, gêne respiratoire. Voix faible, éteinte par moment et entrecoupée par des mouvements respiratoires très pénibles. Pas de douleurs s'irradiant.

Le 8 au matin, l'oppression étant toujours très vive, la face étant cramoisie par moment et l'asphyxie imminente, M. Poncet juge l'intervention chirurgicale nécessaire. Pas d'anesthésie. Une longue incision verticale est pratiquée sur la partie antérieure de la tumeur, qui est incisée profondément et d'où sort un liquide séro-sanguinolent rempli de masses molles, grisâtres.

M. Poncet ne pouvant sentir avec le doigt la trachée située profondément, se donna du jour par une incision transversale intéressant seulement les parois de la poche ; l'incision primitive est ainsi transformée en incision cruciale. Puis, en explorant la partie la plus profonde de la masse de la tumeur, M. Poncet sent la trachée à travers la paroi postérieure de la poche du goître; il incise cette paroi épaisse et dure, pour avoir la sensation nette du corps cricoïde. Aussitôt la trachéotomie est faite, le malade étant cyanosé et l'asphyxie complète, imminente. Une longue canule, d'environ $0^{m},10$ centimètres est placée. Le malade s'asseoit sur le lit d'opération, la respiration se fait bien. Il se sent soulagé.

L'hémorrhagie est arrêtée par quelques tortions d'artérioles, on saupoudre la plaie d'iodoforme, on panse à la gaze. Une heure après l'opération, hémorrhagie grave venant des bronches des artères thyroïdiennes supérieures. L'hémostase est faite au moyen de pinces laissées à demeure.

Pendant la soirée et la nuit qui suivent l'opération, le malade respire mieux, mais il est affaibli, pâle et comme exsangue. Le lendemain, à 11 heures du matin, il prend une syncope et meurt sans qu'on ait pu le ranimer.

Autopsie. — Par une longue incision pratiquée transversalement au-dessous de l'os hyoïde, on enlève toutes les parties molles de la région sous-hoïdienne, jusqu'à la bifurcation de la trachée. Celle-ci est ramollie dans toute la région qui avoisine la tumeur, surtout à sa partie antérieure. Immédiatement autour de l'isthme du corps thyroïde, elle est coudée à angle obtus et rétrécie brusquement. Elle n'offre pas de déformation en fourreau de sabre.

On trouve un peu partout, mais surtout au-desous du point rétréci, de petits foyers hémorrhagiques et les lésions d'un trachéïte chronique. La tumeur adhère intimément à la trachée et, il est impossible de l'en détacher, sans en enlever de petites portions. L'artère carotide primitive, la veine jugulaire interne, les pneumogastriques et grands sympathiques des deux côtés, sont recouverts par la tumeur, mais ne paraissent point altérés. La tumeur est sphéroïde, d'une dureté considérable et elle affecte tous les lobes de la glande.

Elle entoure à peu près complètement la trachée, mais elle proémine un peu à gauche, ce qui fait produire la coudure de la trachée à droite. La consistance générale est dure, ligneuse. Sous la coupe, elle diffère suivant les différents points où on l'examine. En arrière, contre la trachée et sur les côtés, on trouve de l'hypertrophie ancienne du corps thyroïde.

Le tissu de la tumeur, dans ces points, est fin, résistant; il crie sous lescalpel, il a subi la dégénérescence fibreuse et, dans la partie qui confine directement à la paroi antérieure de la trachée, il offre une structure lobulée, des masses blanchâtres, de nouvelles formations, engaînées dans des tissus fibreux, d'où l'on peut, jusqu'à un certain point, énucléer. Ces masses sont molles, pulpeuses et constituent presque, à elles seules, toute la partie antérieure de la tumeur.

On trouve de petits ganglions sur les côtés du cou; les uns sont durs et paraissent normaux à la coupe, d'autres sont plus gros, un peu différents et reproduisent, par leur surface de section, l'aspect général de la tumeur; on en trouve jusque dans le médiastin et le creux sous-claviculaire.

Pas de noyaux de généralisation dans les viscères, rien à l'examen des os longs. Le foie est gros et les poumons ne présentent rien d'anormal. Des préparations microscopiques ont affirmé la malignité de la tumeur. C'est un cancer du corps thyroïde, le sarcome des auteurs. Là, s'arrête l'observation publiée.

Les pièces, se rapportant à cette observation, ont été déposées au laboratoire d'anatomie pathologique, sous le n° 70 de l'année 1888 et examinées par nous.

Voici le résultat détaillé de cette analyse :

Sous la lettre A, la tumeur principale présente l'aspect d'une tumeur.

En certains points on ne trouve qu'une masse presque amorphe d'aspect fibrineux, très pauvre en cellules, mais en d'autres points on constate un amas de cellules embryonnaires avec très peu de stroma et de globes jaunes.

Un des ganglions B présente le même aspect ainsi qu'une végétation située dans la trachée C.

La tumeur présentait à un faible degré la réaction signalée déjà dans d'autres observations et résultant du mélange de son suc avec le savon blanc.

Observation IX

Recueillie dans le service de M. le professeur Poncet.

C... (Françoise), 35 ans, ménagère, née à Tartaras (Loire), demeurant à Saint-Maurice-sous-Dargoire (Rhône), entrée le 27 octobre 1887 dans le service de M. le professeur Poncet, salle Saint-Paul, n° 71. Mère morte probablement d'un cancer utérin, père, de tuberculose pulmonaire.

Aucun antécédent personnel. Mariée une première fois à 21 ans. Quatre enfants. D'un second mariage, quatre enfants dont deux jumeaux et quatre fausses couches pour la plupart à 4 mois. Aucun des quatre derniers enfants n'est venu à terme, tous à 7 ou 8 mois. Cinq enfants vivants et bien portants. Elle aurait perdu un peu ses cheveux, mais jamais d'éruptions cutanées, ni d'angines persistantes. Pas de signes de scrofule. Pas d'hemoptysies.

Les accidents actuels remontent à sa dernière fausse couche en juin 1887. Elle attribue aux efforts la tuméfaction qu'elle porte actuellement au niveau de la partie antérieure du cou et qui apparut au mois de juillet dernier, sans être douloureuse, ni spontanément, ni à la pression. Depuis sa couche, amaigrissement accentué surtout depuis deux mois. Pas de maladie antérieure pouvant expliquer ce fait.

Actuellement, 30 octobre, sur la ligne médiane du cou, tumeur du volume d'un œuf de poule. Elle englobe tout le larynx, atteint en haut l'extrémité supérieure du cartilage thyroïde et en bas se prolonge sur la trachée. Cette tumeur absolument médiane, est peu mobile, adhérente aux plans profonds, à la trachée qu'elle suit dans les mouvements de déglutition mais moins bien que dans le goître ordinaire. Elle est dure, indolente, soit spontanément, soit au toucher.

Pas d'adénite au voisinage. Quelques ganglions sous-maxillaires. Sterno-mastoïdiens intacts. La malade soulève très bien elle-même sa tête et lui imprime facilement tous les mouvements.

Un peu d'exorbitisme. Strabisme congénital notable. Facies très émacié. Amaigrissement général assez accusé. Depuis 6 mois, 21 k. de perte.

Troubles de la respiration et de la phonation depuis deux mois. La voix est rauque, caverneuse, étouffée, pénible, non douloureuse. Gorge intacte. Oppression lorsque la malade parle longtemps. Elle est d'ailleurs presque constamment en proie à une dyspnée intense et augmentée par le décubitus dorsal. Respiration gênée par une toux revenant jour et nuit par accès et empêchant le sommeil de la malade. Abondante expectoration muqueuse.

La déglutition des aliments solides est presque impossible, leur ingestion est suivie presque immédiatement d'une régurgitation, s'effectuant quelquefois par le nez. Aussitôt après, toux intense dont la durée est longue. La malade avale difficilement sa salive, l'affaiblissement augmente. Digestion devenue pénible. Aux poumons, râles ronflants disséminés. Rien au cœur. Pouls 84. Varices considérables des membres inférieurs. Pas d'œdème. Pas de trace de troubles de la mobilité, ni de la sensibilité. Etat général mauvais. Décoloration des téguments.

2 *novembre* 1887. — Laryngotomie intercrico-thyroïdienne pour tumeur développée aux dépens de l'isthme de la thyroïde.

Rien du côté des lobes latéraux. A l'incision sur la ligne médiane, issue d'une matière cancéreuse jaune verdâtre, d'apparence caséo-purulente. La plus grande partie est constituée par une masse charnue d'apparence sarcomateuse. Cette tumeur est encapsulée dans une poche épaisse. En enlevant la courbe profonde avec le doigt, un sifflement d'air indique une petite perforation de la membrane crico-thyroïdienne. Le cartilage cricoïde apparaît gris bleuâtre, rugueux. Incision à ce niveau, mise en place d'une canule à trachéotomie. L'exploration du fond de la plaie et des parties latérales ne permet pas au doigt de reconnaître de ganglions envahis.

La malade sort. Amélioration de la respiration et de la déglutition.

Les pièces relatives à cette observation figurent sur le registre du laboratoire d'anatomie pathologique sous le n° 252, de l'année 1887.

Tumeur constituée par de petites cellules arrondies, pas très distinctes et soutenues par un rectilum peu abondant. Pas de globe jaune. Tumeur très maligne.

Observation X

Recueillie par notre collègue et ami M. Pic, dans le service de M. D. Mollière et publiée dans le *Lyon médical*, 1er juillet 1888.

M... (Benoite), 62 ans, couturière, entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 25, dans le service de M. D. Mollière, chirurgien-major titulaire de l'Hôtel-Dieu, le 11 mai 1888. Depuis un an, hypertrophie du corps thyroïde sans trouble fonctionnel appréciable ; depuis 6 mois, dysphagie et dyspnée. Depuis quelques jours, signe d'un goître suffocant.

Le soir de son entrée, cyanose des lèvres, orthopnée et cornage. A la place du corps thyroïde normal, existe une tumeur de la grosseur d'un poing, dure, bosselée, peu douloureuse ; un prolongement s'enfonce en arrière de la fourchette sternale ; la peau est parcourue par un lacis veineux de moyenne abondance ; des ganglions entourent la tumeur et lui adhèrent ; pas de ganglions sus ou sous-claviculaires ; pas de battements, ni de souffle. Légère exophthalmie. La malade appelle l'attention sur une tumeur siégeant à la face postérieure de la jambe droite, au niveau des jumeaux et du soléaire. Cette tumeur est dure, indolente, du volume d'une grosse orange et paraît faire corps avec les deux couches musculaires, superficielle et moyenne du mollet, tandis qu'elle glisse sur la couche profonde.

Rien d'anormal aux poumons, sauf le retentissement des râles trachéaux et l'obscurité du murmure vésiculaire.

Rien au cœur.

Pendant la nuit, dyspnée accompagnée de coma. M. Chabalier, interne de garde, et M. Pic pratiquent la trachéotomie ou plutôt la cricotomie, la tumeur empêchant d'aborder la trachée au niveau de ses premiers anneaux. On emploi une canule très longue, de façon à dépasser le point de la trachée comprimée par la tumeur. Au cours de l'opération, hémorrhagie veineuse difficile à arrêter, provenant des veines entourant la tumeur. Celle-ci, sectionnée en un point par le bistouri, a un aspect jaunâtre, paraît dure et peu vasculaire.

Après la trachéotomie, inhalation d'oxygène arrêtant le coma. M. Mollière diagnostique sarcome du corps thyroïde avec généralisation aux muscles du mollet droit.

Depuis l'opération, pas de dyspnée, mais malgré la plus grande antisepsie, la plaie s'élargit de jour en jour. La cachexie progresse et la malade meurt sans suffocation, le 26 mai 1888.

A l'autopsie, tumeur thyroïdienne ferme, jaunâtre, entourée de ganglions. Sa forme est celle d'une poire dont la grosse extrémité correspondrait à la situation normale de la thyroïde, et le sommet s'enfoncerait derrière le manubrium à une profondeur d'un centimètre environ. A la coupe, suc cancéreux peu abondant. La tumeur du mollet droit occupe les muscles jumeaux et soléaire, qui sont confondus dans une même masse dure, blanc jaunâtre à la coupe, et facilement isolable des muscles et du tissu cellulaire ambiants. Tous les viscères sont examinés, pas de traces de généralisation cancéreuse.

M. Bard examine, au point de vue histologique, les tumeurs thyroïdiennes et musculaires (cet examen est consigné sous le n° 143, 1888). La tumeur thyroïdienne est constituée par un amas de cellules embryonnaires, arrondies, petites, qui répondent au type histologique des cellules de cancers primitifs du corps thyroïde, d'après l'examen de plusieurs tumeurs de ce genre par M. Bard.

Nous n'insisterons pas sur les détails qui caractérisent ce type, M. Orcel les développera prochainemeut dans un mémoire en cours de préparation au laboratoire d'anatomie

pathologique. C'est donc une tumeur maligne, un cancer du corps thyroïde sans stroma ; suivant les données classiques un sarcome. Sur les coupes de la tumeur des muscles soléaire et jumeaux, quelques fibres musculaires à peine reconnaissables, près de l'insertion des tendons. A part quelques bandes de tissu fibreux adulte et crédulé en petit nombre, structure identique à celle de la tumeur, si bien que la différenciation entre les deux coupes serait impossible à faire au centre de la tumeur, où il n'y a plus trace de tissu musculaire ou tendineux. Partout des amas de cellules embryonnaires présentant les caractères spéciaux décrits plus haut. Donc, cancer des muscles soléaire et jumeaux secondaire à un cancer du corps thyroïde avec tous les caractères de la tumeur primitive.

En résumé, la tumeur examinée est un cancer primitif développé aux dépens des cellules propres épithéliales du corps thyroïde, et la tumeur du soléaire n'est qu'un noyau secondaire de la tumeur thyroïdienne.

Observation XI

Recueillie par notre collègue et ami M. Audry, dans le service de M. le professeur Poncet.

G... (Henriette), 67 ans, demeurant à Bourg-la-Valme, entrée dans le service de M. le Professeur Poncet, salle Saint-Paul, le 11 mai 1886.

Pas de maladies antérieures. Cinq enfants. Pas de goître dans sa famille ni dans la localité qu'elle habite. L'hiver dernier, angine et toux persistante.

Il y a trois mois, elle remarqua sur le bord latéral gauche du cou une tumeur indolore, sans gène de déglutition ni de respiration. Elle resta stationnaire un mois environ, mais, en quelques jours, accroissement rapide, surtout depuis quinze jours. Respiration pénible. Déglutition des aliments solides impossible, celle des liquides difficile. Pas de cyanose.

Actuellement, on constate une tumeur énorme au niveau de la partie antéro-latérale gauche du cou, qui mesure 0,41 centimètres de circonférence. Le creux sus-claviculaire du côté gauche est effacé. Le larynx est rejeté à droite et en arrière. Les mouvements sont indépendants de la tumeur. Elle déborde, en avant, l'articulation sterno-claviculaire gauche ; elle est immobile, non adhérente à la peau, sauf en quelques points. En revanche, elle adhère intimément aux tissus profonds. La pression, au niveau de la tumeur est très douloureuse. Douleurs spontanées très vives, surtout depuis quelque temps. Sommeil possible seulement dans la station assise. Aphonie complète.

La tumeur est dure, arrondie, bosselée, fluctuante par places. Les jours qui suivent l'entrée, marasme et mort le 12 juin par asphyxie. Absorption impossible.

A l'autopsie, augmentation du volume du corps thyroïde. Corps thyroïde formé par une vaste masse de bouillie creusée de kystes et semée de petites masses un peu plus dures. Pas de généralisation, ni de lésions viscérales.

Grâce à l'obligeance de notre ami Audry, nous avons pu faire l'analyse histologique et faire la comparaison avec celle que nous possédions déjà. La tumeur est constituée par du tissu thyroïdien embryonnaire réparti en îlots assez distincts. Malignité moyenne.

Observation XII

Recueillie par notre collègue et ami M. Ch. Aury, dans le service de M. le professeur Poncet, suppléé par M. Jaboulay, professeur agrégé.

C... (Marie), 48 ans, ménagère, née à Belleroche, entrée le 30 mars 1889 dans le service de M. le professeur Poncet, salle Saint-Paul, n° 79.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels. Trois enfants dont deux morts en bas âge.

La malade fait remonter le début des accidents qui l'amènent aujourd'hui à l'Hôtel-Dieu à dix mois environ, époque à laquelle elle s'aperçut de la présence d'une tumeur du volume d'une noisette, siégeant au niveau du sterno-mastoïdien du côté gauche. Elle s'est accrue progressivement sans douleurs. Il y a quatre mois environ quelques accidents, surtout prononcés depuis les trois derniers mois.

Actuellement état général médiocre. Elle monte difficilement les escaliers. Difficulté pour parler longtemps, quoique la voix ne soit pas altérée. Pas de cornage. Déglutition facile.

La tumeur actuelle a le volume d'un poing ; elle est à peu près arrondie, très dure et indolente. Elle est couchée sous le sterno-mastoïdien qui la bride. Elle suit les mouvements du larynx mais n'est pas très mobile sur les parties profondes. En arrière existent quelques petits prolongements difficiles à différencier des ganglions.

Rien au cœur. L'examen du sang pratiqué par M. G. Roux chef de laboratoire de la clinique médicale de M. Bondet, n'a révélé aucune particularité. Globules rouges et globules blancs normaux.

Au sommet râles fins et secs. Elle aurait eu quelques crachats un peu sanglants. Depuis le début des accidents irrégularité de la menstruation. Pas de symptômes de myxœdème.

2 *avril*. — Opération. Longue incision suivant l'un des sterno-mastoïdiens qu'on recline en dehors Isolement de la tumeur qui s'insinue tout auprès des gros vaisseaux contre la trachée qui est saine. On place une ligature sur le pédicule et la tumeur est enlevée. L'opération est terminée sans aucune perte de sang.

En arrière du sterno-mastoïdien et derrière le sternum, grande cavité, qu'on bourre de gaze iodoformée ; on la draine et on suture la peau. Pansements antiseptiques.

A la coupe, la portion enlevée offre l'aspect d'un cancer du corps thyroïde. Sur la surface de section, au centre, portion qui occupe presque la moitié de la tumeur dégénérée et ne formant qu'une bouillie gris blanchâtre. A la périphérie, quelques points plus petits, également en dégé-

nérescence. Çà et et là, quelques points de couleur ocre trahissent des hémorrhagies, qui ont dû se produire au sein de la tumeur. Quant à l'aspect de la tumeur proprement dite, il est grisâtre, plus foncé que les portions dégérées, et la surface de section laisse échapper peu de suc. Toute la tumeur est enveloppée dans une capsule très dense. Pas le moindre kyste.

Le suc, mélangé au savon blanc, ne donne pas la réaction indiquée.

4 *avril.* — On ôte la gaze iodoformée de la cavité. Tout va bien.

5 *avril.*— Température, 37°. Un peu de bronchorrhée. Un crachat hémoptique.

15 *avril.* — La plaie est presque complètement réunie, sauf à la place du drain. La malade peut sortir.

29 *avril.* — Elle revient. Plaie complètement cicatrisée. Etat général, quoique peu satisfaisant, un peu amélioré. Décoloration des téguments. Pas d'œdème. Pas d'appétit. Toujours un peu d'oppression. Pas d'indices de récidive ni de généralisation. Les globules rouges, comptés à nouveau par M. Roux, sont au nombre de 4,540,000; globules blancs normaux.

La pièce est inscrite au laboratoire d'anatomie pathologique sous le n° 77 de l'année 1889.

Les coupes ont porté sur la périphérie de la tumeur. Elles comprennent du parenchyme thyroïdien en voie d'atrophie et de disparition, et comme inclus au milieu de lui, des nodules néoplasiques arrondis. Ceux-ci se montrent constitués, à un fort grossissement, par des cellules d'aspect franchement épithélial, à gros noyaux ovalaires clairs, à limites indistinctes et contenues dans un stroma alvéolaire très délicat et notablement ramifié.

Pas de formation de vésicules thyroïdiennes, mais par places, substance colloïde thyroïdienne diffuse.

En résumé, tumeur de l'épithélium thyroïdien de malignité moyenne.

Observation XIII

Recueillie dans le service de M. le professeur Poncet.

M... (Louise), âgée de 65 ans, cultivatrice, née à Attignat (Savoie), entrée le 21 juillet 1886 au nº 58 de la salle Saint-Paul, dans le service de M. le professeur Poncet.

Rien d'héréditaire à noter. Pas de malaises antérieurs.

Mariée à 50 ans, après la ménopause.

Depuis plus de 20 ans, augmentation du cou lentement, mais depuis trois mois et demi, marche rapide.

Cette masse enserre la region cervicale gauche toute entière, depuis le maxillaire inférieur jusqu'à la clavicule et l'épaule. Elle empiète sur la région postérieure et ne dépasse pas en avant la ligne médiane.

A son niveau, peau lie de vin et œdème assez considérable. En l'immobilisant complètement, elle est d'ailleurs fort peu mobile, et en recherchant la fluctuation, on croit parfois la sentir profondément mais d'une façon absolument vague et presque hypothétique.

L'isthme du corps thyroïde est hypertrophié; le lobe droit, peu accusé de volume relativement au lobe gauche, est déjeté sur la face latérale droite du cou.

Quelques phénomènes de compression, soit du côté de la trachée, soit du côté de son sympathique gauche. Oppression surtout au lit, quelque soit sa position. Peu de cornage, respiration un peu grondante mais pas de nature à attirer l'attention de son entourage pendant la nuit. Chute de la paupière supérieure et resserrement marqué de la pupille. Douleurs céphaliques assez vives.

Intelligence diminuée, facies hébété sans signes de crétinisme. Légère surdité.

21 *juillet*. — Opération. Incision de 0,03 centimètres sur la partie antérieure de la tumeur. Pas de liquide, du sang seulement venant de petits vaisseaux sectionnés. Le doigt introduit dans la plaie pénètre au milieu d'une masse friable

cédant sous la pression; il ramène quelques débris de tumeur kystique mêlés de sang.

L'incision agrandie en haut et en bas, permet de faire le curage de la poche. On extrait des fragments plus ou moins volumineux, d'une substance élastique molle, très friable, se déchirant comme du caoutchouc et qui a toutes les apparences de la fibrine en voie d'organisation. On en retire 145 gr.

La paroi externe de la poche est très épaisse, dure et ne permet pas à la poche de s'aplatir. On remplit la poche de camphre. Contre-ouverture à la paroi postéro-externe de la tumeur et drainage.

24 *juillet*. — Premier pansement. La paroi ne s'est pas affaissée. Large incision sur la partie culminante de la tumeur. On tombe sur un goître charnu qui sépare le doigt de la poche kystique. La tumeur est très vasculaire.

6 *août*. — Depuis quelquesjours, la malade se cachectise. La dyspnée augmente. Les plaies bourgeonnent mal. Il y a probablement transformation sarcomateuse de la tumeur. Anxiété toujours croissante. Suffocation. M. Poncet pratique la trachéotomie. La trachée est refoulée à droite de la tumeur. L'incision est faite comme pour la ligature de la carotide.

6 *août*, *au soir*. — Mort.

8 *août*, *autopsie*. — Région thyroïdienne. La masse droite de la tumeur est en pleine dégénérescence sarcomateuse ; on trouve, entre autres choses, un noyau de nouvelle formation. Le tout est adhérent aux parties voisines et a refoulé, à droite, la trachée.

Masse gauche mobile. Elle ressemble à la coupe d'une thyroïde hypertrophiée, sans signes de dégénérescence. Cependant quelques points en voie de transformation. Lobe droit présentant une teinte grisâtre, purulente.

En faisant une coupe longitudinale de la colonne vertébrale, pas de noyaux.

La trachée et le larynx sont déviés à droite et forment une courbure à concavité dirigée vers la ligne médiane. La trachéotomie a porté sur les trois premiers anneaux, qui ont gardé leur élasticité normale. Au premier abord, en

pliant la trachée, on voit qu'elle s'aplatit en ruban au niveau des anneaux coupés. Mais ce fait n'offre rien de particulier, car, en incisant deux ou trois anneaux un peu plus bas, on obtient le même phénomène. Rien à l'intérieur de cet organe, sauf trois petites taches ecchymotiques au centre desquelles il paraît exister un noyau cancéreux, aplati.

Rien au larynx. Rien à l'œsophage. Tube digestif normal. Généralisation pulmonaire;à l'extérieur, le poumon est semé de noyaux sarcomateux, plus ou moins volumineux. A l'intérieur, très petits noyaux, disséminés. Adhérences pleurales, résultant sans doute d'une vieille pleurésie. Quelques ganglions cancéreux derrière le sternum dans le médiastin, o ils sont très volumineux.

Rien au foie ni aux reins. Rien à la rate.

Rien aux organes génitaux sauf une poche kystique pleine de liquide, et du volume d'un œuf de dinde et appartenant à l'ovaire gauche.

Voici le relevé des températures qu'a présenté la malade:

22 juillet, jour de l'opération, soir 38,6; — 23, s. 39,2; — 24, seconde opération, m. 38,4; — 25, m. 38,2; — 26, m. 37,8; s. 38,4; — 27, 38,5; 38,6; — 28, 38,8; 38,9; — 29, 38,4; 38,6. — 30, 37,9; 38,3; — 31, 38,2; 38,7.

Pas d'examen microscopique.

Observation XIV

Recueillie dans le service de M. le professeur Poncet.

G... (Jean), 36 ans, cultivateur, né à Saint-Genis-les-Ollières, y demeurant, entré, le 18 février 1889, au n° 79 de la salle Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Poncet, sorti le 9 mars 1889.

Père mort à 51 ans, probablement d'un cancer de l'estomac. Il avait, au dire du malade, une gastrite et un squirrhe dans le côté. Mère morte à 61 ans, d'une fluxion de poitrine après cinq ou six jours de maladie. Un frère, âgé de 44 ans,

une sœur de 38 ans, les deux en bonne santé. Un autre frère mort à 37 ans, à la suite d'épistaxis et de crachements de sang répétés. Il toussait beaucoup paraît-il. Pas de goître dans la famille. Bonne santé. Jamais eu de maladie sérieuse. Pas marié.

Un dimanche, le jour de la Saint-Martin 1888, en boutonnant sa chemise, le malade s'aperçut qu'il avait le cou gros du côté gauche. C'est en se regardant à la glace qu'il en fit la découverte, aussi rien ne permet de croire que le développement fut brusque. Cependant le malade est très affirmatif sur ce point. A ce moment, il constata, du côté gauche de son cou, une petite tumeur du volume d'un œuf de pigeon à la partie antérieure du lobe gauche de la glande thyroïde.

Quinze jours ou trois semaines d'un traitement accompagné d'applications locales ont arrêté le développement au dire du malade. Cette période correspondrait aux premiers jours de janvier.

Mais depuis trois semaines surtout, accroissement de la tumeur. Trachée repoussée, déviée à droite.

Actuellement le malade porte sur la partie latérale gauche du cou une tumeur du volume d'une très grosse orange, dure, un peu irrégulière de forme, à surface extérieure lisse, située sous le sterno-mastoïdien du même côté.

Cette tumeur est composée de deux parties séparées par un sillon. Une partie supéro-antérieure, qui est probablement la portion du corps thyroïde envahie et une partie postéro-inférieure qui est adhérente à la première et n'en est séparée que par un sillon superficiel qu'on délimite nettement par la palpation. Cette seconde partie est probablement due à l'envahissement secondaire des ganglions carotidiens. La tumeur dans son ensemble est assez peu mobile sur les parties profondes. Toutefois elle suit le larynx dans les mouvements de déglutition. La peau n'est pas envahie et se meut sur la surface externe de la tumeur. Le larynx est légèrement dévié à droite. Le lobe médian et le lobe latéral droit paraissent indemnes. Le sterno-mastoïdien gauche passe au-devant de la tumeur. Il paraît aminci et marque le sillon de séparation entre les deux

portions de la tumeur. Pas de douleurs lancinantes au niveau de la tumeur. Quelques douleurs au niveau du maxillaire inférieur, de la tempe et de la région mastoïdienne surtout la nuit. La partie antérieure de la tumeur, au niveau du point où aurait débuté l'affection est un peu sensible à la pression.

Dysphagie depuis trois semaines environ. Les aliments liquides passent bien. Difficulté et douleur pour les aliments solides. Sensation d'un rétrécissement. Dyspnée attribuée par le malade à l'abus de la cigarette. Pas d'altération notable de la voix. Cependant le malade la trouve plus rauque. Pas de symptômes de compressions nerveuses. Pupilles égales. Mouvements de la tête exécutés sans le secours des mains.

État général assez bon. Teinte jaunâtre habituelle. Pas d'amaigrissement.

Quelques ganglions dans la région cervicale et le creux axillaire gauche. Bon appétit. Fonctions digestives parfaites. Pas de symptômes pouvant rappeler ceux du myxœdème. Rien de pathologique au cœur et aux poumons. Le 19 février, température rectale 37°. Globules blancs et rouges normaux.

20 *février*. — Opération. Injection sous-cutanée de morphine et d'atropine. Anesthésie au chloroforme. Incision de 0,04 centimètres environ sur la ligne médiane. Incision perpendiculaire à la précédente et au milieu qu'on prolonge, en dehors et en arrière, sur une longueur de 0,14 centimètres. La peau est disséquée, les muscles préthyroïdiens sont sectionnés, et en cherchant à isoler la tumeur on s'aperçoit qu'elle contracte avec les parties profondes et particulièrement avec le paquet vasculo-nerveux des adhérences qui empêchent toute ablation utile. En présence de ce fait, on pratique l'hémostase et on suture les bords de la plaie cutanée après avoir placé à la partie antérieure un drain de verre.

Le soir de l'opération, le malade se sent bien. Déglutition plus facile.

22 *février*. — Premier pansement. On supprime le drain. Les bords de la solution de continuité sont presque réunis.

9 *mars*. — La malade demande à sortir. Déglutition avec moins de douleurs. Nouvel examen du sang négatif. Douleurs irradiées notablement amoindries.

Relevé des températures pendant le séjour du malade à l'Hôtel-Dieu :

19 février, s. 37 ; — 20 février, opération, s. 38,6 ; — 21, 38 ; 38,4 ; — 22, 37,4 ; 37,8 ; — 23, 37,5 ; 37,8 ; — 24, 37,2 ; 38 ; — 25, 37,6 ; 37,4 ; — 26, 37,6 ; 38,1 ; — 27, 37,4 ; 37,7 ; — 28, 37 ; 37,4 ; — 1er mars, 37 ; 37,2 ; — 2, 37,1 ; 37,7 ; — 3, 37 ; 37,4 ; — 4, 37,2 ; 37,7 ; — 5, 37 ; 37,5 ; — 6, 37,2.

19 *juillet*. — Nous apprenons par le Maire de la commune auquel nous avons écrit que le malade est mort, il y a deux mois, au milieu d'horribles souffrances.

Observation XV

Recueillie dans le service de M. le professeur Poncet.

D. (Perrine), 61 ans, rentière, née à Beaujeu (Rhône), demeurant à Lyon, place Saint-Vincent, 8, entrée le 8 mars 1887, dans le service de M. Poncet, salle Saint-Paul, n° 81.

Père mort à 68 ans subitement. Mère morte à 78 ans de maladie inconnue. Excellente santé. Dix enfants forts et vigoureux. Elle menait une vie active.

Début de la maladie il y a trois mois environ. Elle attribue son affection au froid. Depuis plusieurs années, gorge très sensible. En décembre dernier 1886, mal de gorge gênant la déglutition, qui devient en peu de temps très pénible. A chaque effort qu'elle faisait pour avaler elle sentait des craquements, dit-elle. En même temps elle constate par ses vêtements que son cou avait beaucoup grossi. Douleurs spontanées avec accès de toux fréquents accompagnés d'expectoration abondante. Jusqu'à la fin de janvier elle se contente d'appliquer des cataplasmes, n'éprouvant que peu de gêne de la respiration.

En janvier traitement. Pommade iodée, iodure de potassium à l'intérieur, puis badigeonnages iodés.

En présence de l'inefficacité du traitement la malade entre à l'Hôtel-Dieu. A ce moment tumeur volumineuse du corps thyroïde, tumeur dure, renittente, développée aux dépens des deux lobes. Développement rapide. Le cou mesure 0,42 centimètres de circonférence.

État général assez mauvais. Anémie. Teinte jaune, cireuse. Peu de douleurs spontanées. Accès de toux fréquents. Accès de suffocation très douloureux deux ou trois fois par jour. En outre toux légère avec expectoration de mucosités épaisses. Empâtement de la bouche avec nausées et vomissements. L'alimentation est pénible. Déglutition même des aliments liquides difficile. Perte de l'appétit.

M. le professeur Poncet diagnostique cancer du corps thyroïde et en raison de son état général la déclare inopérable.

Elle quitte l'Hôtel-Dieu le 2 avril 1887.

Relevé des températures pendant le séjour de la malade : 21 mars soir, 38,6 ; — 22, m. 38 ; s. 38,4 ; — 23, 37,6 ; 37,9 ; — 24, 37,4 ; 38 ; — 25, 37,4 ; 38,2 ; — 26, 37,5 ; 38,1 ; — 27, 38 ; 38,2 ; — 28, 37,7 ; 38.

Des renseignements pris auprès des parents de la malade et du docteur Reboul, qui lui a prodigué ses soins depuis sa sortie de l'Hôtel-Dieu jusqu'à ses derniers moments, il résulte qu'elle a succombé 21 jours après sa sortie, au milieu d'accès de suffocation fréquents. Dysphagie prononcée, déglutition presque impossible. Pas d'autopsie. Pas d'examen histologique.

Observation XVI

Communiquée par M. le professeur Ollier.

V... (Geneviève), 51 ans, née à Villemontais (Loire), demeurant à Saint-Pierre-d'Albigny, entrée dans le service du professeur Ollier, salle Sainte-Marguerite, n° 9, le 18 juin 1874.

Toujours eu un peu d'hypertrophie du lobe médian de la thyroïde. Pendant ces six dernières années, elle a habité

Saint-Michel-de-Maurienne. Au mois de janvier, son corps thyroïde commence à grossir. Développement rapide. En avril, elle entrait à l'Hôtel-Dieu, où on lui fit sur la ligne médiane deux ponctions qui n'amenèrent qu'un peu de sang. Sortie quelques temps après, l'accroissement de la tumeur et la gêne fonctionnelle l'obligent à rentrer.

Actuellement, on constate, sur le milieu de la région cervicale, une tumeur volumineuse occupant la place du corps thyroïde. Elle proémine en avant sur un plan antérieur à celui du menton et mesure 0,22 centimètres dans sa demi-circonférence antérieure. Elle est régulièrement sphérique, a surface lisse ; sa consistance est élastique avec quelques points fluctuants, surtout en avant, aux points où les ponctions ont été faites. Peau chaude, sillonnée de petites veines. Pas de battements artériels. Les rapports sont les suivants. En haut, elle couvre le cartilage thyroïde ; en bas, elle se prolonge de 0,02 centimètres au-devant du sternum. Elle s'étend de chaque côté mais elle est plus volumineuse à gauche. Les sterno-mastoïdiens sont rejetés sur les côtés de la tumeur et non étalés à la surface. Le cartilage thyroïde et la trachée sont fortement déviés à droite. La tumeur est peu mobile sur les parties profondes, elle est peu soulevée par les mouvements de déglutition.

Gêne de la respiration surtout pour monter. Pas de cornage. Elle ne peut avaler que des liquides ou des potages. Depuis six semaines, sensations de douleur et de faiblesse dans le membre supérieur droit, surtout au niveau du bras.

24 *juin.* — Pas d'anesthésie. Sur la ligne médiane. incision de 0,06 centimètres, verticale. Peau très amincie, kyste proéminant. Dans la plaie un petit point de la tumeur ouvert accidentellement donne lieu à une perte de sang abondante. Application d'une large plaque de pâte de Canquoin.

1er *juillet.* — Un peu de suppuration.

3 *juillet.* — On enlève le Canquoin qui fusait vers la partie inférieure.

9 *juillet.* — Petite hémorrhagie dans la plaie arrêtée au perchlorure.

10 *juillet.* — L'escharre suppure sur toute la périphérie.

14 *juillet.* — Irrigations pour faire détacher l'escharre.

15 *juillet.* — Hier au soir hémorrhagie assez abondante arrêtée au perchlorure. Toux. Expectoration purulente.

18 *juillet.* — Hémorrhagie abondante répétée à quatre reprises. Deux litres de sang.

19 *juillet.* — On enlève tout le plastron de tampons. On enfonce des flèches de Canquoin et on met du perchlorure. La tumeur ne s'est nullement affaissée depuis l'opération.

20 *juillet.* — Facies très pâle. Défaillances. Subdelirium.

22 *juillet.* — Mort.

Voici le relevé des températures depuis le 24 juin :

24 *juin.* — s. 37,6 ; — 25 m., 37,5 ; s. 38,1 ; — 26, 37,9 ; 38,5 ; — 27, 38,2 ; 38,4 ; — 28, 38,1 ; 38,3 ; — 29, 38 ; 38,2 ; — 30, 38,1 ; 38,6 ; — 1er juillet, 38,2 ; 38,5 ; — 2, 38,3 ; 38,5 ; — 3, 37,6 ; 37,8 ; — 4, 37,6 ; 39 ; — 5, 37,7 ; 38,4 ; 6, 37,3 ; 38,5 ; — 7, 37,6 ; 38,2 ; — 8, 37,8 ; 38,4 ; — 9, 37,8 ; 38 ; — 10, 38,3 ; 38,3 ; — 11, 37,9 ; 38 ; — 12, 37,4 ; ..,. ; — 13, 37,5 ; 37,6 ; — 14, 38,3 ; 38 ; — 15, 38,2 ; 38,4 ; — 16, 38,3 ; ..,. ; — 17, 38,1 ; 38,8.

Autopsie partielle. — Corps thyroïde. Dans quelques points on retrouve des traces de goîtres (granulations colloïdes). Soixante petits kystes séreux et deux petits kystes hémorrhagiques autour des flèches de Canquoin. Tout le reste de la tumeur est constitué par un tissu blanc, dur, non vasculaire, d'aspect sarcomateux et se prolongeant derrière la trachée qui d'ailleurs n'est pas déformée.

Examinée au microscope on reconnaît un sarcome à cellules fusiformes. Cet examen a été pratiqué au laboratoire de M. le professeur Ollier.

Observation XVII

Communiquée par M. le professeur Ollier.

X..., entré le 15 février 1865, au n° 12 de la salle Sainte-Marthe, dans le service de M. le professeur Ollier.

L'observation qui nous a été transmise ne comporte pas de renseignements sur le malade pendant sa vie. Toutefois,

elle nous a paru intéressante au point de vue de la terminaison de l'affection et des lésions observées à l'autopsie. Nous transcrivons *in extenso* les quelques faits qui sont relatés.

Le malade est mort d'hémorrhagies. Gêne de la respiration mais sans râles. Il lui est survenu plusieurs hémorrhagies les derniers jours qui ont précédé sa mort. A l'autopsie, on constate un cancer du corps thyroïde. Cet organe est considérablement augmenté de volume. Ses lobes droits et moyens sont seuls hypertrophiés. Le lobe gauche est bien envahi par la maladie, mais peu d'augmentation de volume. La trachée est comprimée ainsi que l'œsophage, mais pas d'aplatissement complet cependant. Le malade pouvait encore respirer et manger. Au niveau de l'ouverture du larynx, il existe un petit lobule de la glande qui vient s'appliquer sur cette ouverture et l'obstruer en partie. Ce petit lobule est même un peu ulcéré. La glotte n'existe plus, les cordes vocales ont été détruites par l'ulcération. Rien d'anormal dans les poumons.

CONCLUSIONS

I. — Le cancer du corps thyroïde présente des caractères histologiques propres à cet organe, en relation directe avec le type cellulaire normal qui le constitue. Les tumeurs secondaires reproduisent absolument la structure de la tumeur primitive.

II. — La marche de l'affection est très rapide, et la terminaison fatale est bien plus en rapport avec les compressions déterminées par la tumeur qu'avec la cachexie, en général faible.

III. — On n'observe jamais de phénomènes pouvant se rapporter au myxœdème consécutif à l'ablation de la glande, fait parfaitement en rapport avec notre conclusion anatomo-pathologique.

Vu bon à imprimer :
LE DOYEN,
LORTET.

Vu bon à imprimer :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
R. TRIPIER.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR,
Em. CHARLES.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Aigre. — Cancer de la glande thyroïde. Revue de laryngologie, 1er juin 1886.

Albert. — Zur Casuistik d. Kropfesextirpation. Wien. med. Presse, 1882, n° 10, S. 298.

— Sem. méd., lettres d'Autriche, 27 mars 1889.

Albertin. — Province médicale, 21 janvier 1888.

Anger. — Bulletin Société de chirurgie, XIII.

Ballet. — Bull. Soc. anat., 1867. — Tumeur cancéreuse du corps thyroïde, propagation au larynx. Bull. Soc. anatomique, 1878. t. III, p. 116.

Bard. — Archives de physiologie, 1885, 1er avril; 30 septembre 1886, 15 mai.

Berger (Paul). — Revue de Hayem, 1879, t. X. — Examen des travaux récents sur l'anatomie, la physiol. et la path. du goître. Archives générales de médecine, juillet 1874.

Betz (Fr.). — Geschichte einer Trachea stenose memorabilien, 1861. Jahrg. VI, Lief. 8, S. 169.

Billroth. — Beobachtungsstudien über Wundfieber und accidentelle Wundkrankheiten. Archiv. f. Klin. chir. Bd. II, S. 383. — Chirurgische klin. Wien, 1871-76, nebst einem Gesammbericht über die chirurg. klin. in Zürich und Wien Wæhrend der Jahre, 1860-76. Berlin, 1879, S. 217.

Bircher. — Volkmann's klin. Vortræge, n° 222. — Brief. Mitheilung.

Boechat. — Société méd., canton de Fribourg Sc., 29, janvier 1887.

Bonnet. — Mémoires sur les goîtres suffocants. C. r. oc. Sc., 13 août 1855.

Boucher. — Soc. anat., 1867.

Boursier. — De l'intervention dans les tumeurs du corps thyroïde. Thèse présentée au concours pour l'agrégation, Paris, 1880, p. 181.

Boyer. — Maladies chirurgicales, t. I.

Boyer (B.). — La thyroïdectomie, Thèse, Lyon, 1883.

Braun. — Vergl. krankengeschichte, VI.

— Beitræge zùr kenntniss der struma maligna, 1883, t. XXVIII, archiv. f. klin. chir.

Bromfield. — Med., Times, t. I, p. 521.

Bruns. — Sammlung klin. vortr. von R. Volkmann, n° 76.

Chassaignac. — Goître carcinomateux envoyant un prolongement entre l'œsophage et la trachée-artère. Union médicale, juillet 1849, t. III, p. 355. Bull. de la Soc. chirurgie, t. I, p. 278.

— Goîtres, essai sur la trachéotomie. Bull. Sc. anat., 1855.

Chrétien (H.). — De la thyroïdectomie. Thèse, Paris, 1888.

Cohnheim. — Virch. arch., B. LVIII, p. 547.

Cornil. — Archiv. phys., 1875, p. 665.

Cornil et Ranvier. — Anat. path., t. II, p. 516.

Carrington. — Med., Times, p. 786, 5 décembre 1885.

Coulon. — Th., Paris, 1883.

Czerny. -- Vergl. krankengeschichte III, IV, V. VII. S. ob. krankengeschichte 2.

Defaucamberge. — Contribution à l'étude du corps thyroïde. Th., Paris, 1889.

Demme (H.) — Beitræge zur Kenntniss der Tracheostenosis, per compressionem nebst Bemerkungen über die tracheostenosis in allgemeinem Wurtzbürger medicinische zeitchrifft, 1861, Bd., II, S. 390. Correspd. Blatt. für Schweizer Aerzte, 15 avril 1881.

Duplay. — Gazette des hôpitaux, 1879.

Eberth — Zurich, arch. Virch., t. LV.

FOLLIN et DUPLAY. — Path. externe.
FŒRSTER. — Uber die Geschwülste der Schildrüse Wurtzbürger medicinische zeitchrifft, 1860, Bd., I, S. 24.
GARRÉ. — Central Blatt fur chir., 6 nov. 1886.
GAUBRIC. — Soc. anat., 1861, t. XVI, p. 21.
GIFFRINI LUIGI. — Archiv. per scienze medische, vol. V. numéro 7.
GOSSELIN. — Goître suffocant cancéreux à forme galopante. Asphyxie. Tentative infructueuse de trachéotomie. Bull. soc. chir. Paris, 2me série, 1861, t. II, p. 163. — Union médicale, 1861, t. IX, p. 559.
GULLIVER. — Cancer thyr., Brit. médic. journal, 1861, t. I, p. 446.
GUSSENBAUER. — Briefliche mittheilunge.
HESCHL. — Geselschaft der Aerzte, 8 avril 1880.
HEYDENREICH. — Thérapeutique chirurgicale contemporaine.
HOLMES. — Traité de chirurgie, 1875. .
HOUEL. — Th. agrégation, Paris, 1860.
ISRAEL, FRAENKEL et VON LANGENBECK. — Sarcome du corps thyroïde chez un adulte. Berlin, Klin. Woch. n° 39, p. 494, 27 septembre 1882.
ENGLIN (A.) — Malignous tumour of the neck pressing upon the trachea and preventing respiration. Tracheotomy The Britisch. Journal méd. april, 1859, n° CXIV, p. 283.
JAUPITRE. — Th. Paris, 1876, n° 112, p. 21.
JEANNEL. — Encycl. nation. de chirurgie, t. V, p. 832.
JULLIARD. — Revue de chirurgie, 1883.
KAUFFMANN. — Deut. Zeitschrifft für chir., 1879, Bd. XXI, S. 40, und sechs weitere Fælle von struma maligna. Dieselbe Zeitschrifft, 1881, Bd. XIV, S. 25, 1 abhandlung, S. 453, S. 472; 2 abhandlung, S. 42.
— Die struma maligna. Deut. Zeitschrifft für chir. Bd. XI, S. 402, Fall III, S. 429, Fall V.
KARST. — Betrachtungen über einen Fall von primæren Krebs der Schildrüse. Inaug. Diss. Würzburger, 1858, S. 6, v. Fœrster Wurzbürger medic. Zeitsch, 1860, Bd. I, S. 25.

Key (A.) — Ahlberg. Hygioa, 1867, p. 263.
Kocher. — Archiv. für Klin. chir., 1883, t. 29. Centralblatt für chir., 1883, n° 41, p. 649.
— Briefliche Mittheilung.
Kœnig. — Traité de path. chir. spéciale, par J.-B. Comte.
Krishaber. — Dict. Dechambre. Annales des maladies du larynx et des oreilles, nov. 1882.
Langenbeck (von). — Uber 3 Fælle von Trachéotomie wegen laryngostenose oder compression der larynx. Allgem. medic. Central. Zig. Jahrg XXVIII, 1859, S. 140.
Lebert. — Anat. path., p. 717.
Lebert (H.). — Die krankheite der schildrüse und ihre Behandlung, 1862, S. 263.
London. — Médical gazette, 1830.
Lossen. — Hauptbuch der chirurgischen klinik, 1879.
Lücke. — Cancroïd der schildrüse, archiv. für klin. chir., 1867, Bd. IX, p. 88.
Maass. — Zur fraga von der asphyxie bei struma Breslauer aerzt. Zeitsch, 1880, n° 13.
Mayor. — Soc. anat., 23 décembre 1881. Tumeur carcinomateuse du corps thyroïde avec noyaux secondaires du cerveau du poumon.
Malassez. — Oserbv. Trelat. Th. Boursier agr., Paris, 1860.
Marchant.— Art. thyr. dict. Jaceoud. Soc. chirurgie, 10 décembre 1884, t. X, p. 908.
Mathieu. — Progrès médical, 8 avril 1882. Sarcome du corps thyroïde, 10 décembre 1885.
Mathis. — Soc. Sciences médicales de Lyon, mars 1885.
Moore. — Cancer thyroïdien. Lancet, 1886, t. I, p. 877.
Morell-Mackenzie. — Paralysis of the left cricoary toenoidens posticus caused by pressure of the left recurrent nerve of a malignant tumour of the thyroïd gland. Transactions of the pathol. Society, 1866, XVII, p. 30.
Muller (W.). — Zwei fælle von épithélioma cylindro-cellulaire der Schildrüse. Jenaische zeitschrift für medecin. und naturwissenschaft, 1871, Bd VI, S. 466.
Nélaton. — Traité de path. externe, t. III.
Pallard (Bilton). — Brit-med. journal, p. 446, mars 1885. Tumeur de la glande thyroïde accessoire.

Pean.— Leçon de clinique chirurgicale, 1879, p. 344, p. 702.
Pesme. — Thèse, 1867, Strasbourg.
Pic (A.). — Note sur un cas de cancer du corps thyroïde avec cancer secondaire des muscles soléaires et jumeaux, Lyon médical, 1er juillet 1888.
Rindfleich. — Anat. path., 1873.
Rollet (E.). — Note sur deux cas de cancer du corps thyroïde à forme suraiguë. Gazette médicale de Paris, nº 21, 19 et 26 mai 1886.
Rose (E.). — Die chirurgische Behandlung der carcinomatœsen struma, arch. für kin. chir. Bd. XXIII. S. n. Correspondanz blatt für schweizer aerzte VII, Jahrg, 1877, 1er septembre.
— La mort par le goître et la guérison radicale du goître. Archiv. fur klin. chir., Bd XXII, 1878. Nouveau mode d'application de la trachéotomie au-dessous du goître. Corresp. Blatt für schwarz. Aerzte, janvier 1879, nº 2, p. 46.
Salignier. — Thèse, Paris, 1876.
Sanson (A.) — Thèse professor. Strasbourg, 1841.
Schmigruer. — Correspond. Blatt für Schweiger Aerzte, 1882, 1er novembre.
Sestier. — Soc. anatomique, 1832, t. VIII, p. 54.
Simon. — Thèse Paris, 1880.
Socin. — Jahresbericht über die chirurgische Abtheilung der spitals zü Basel in Jahre, 1874, S. 32.
— Haupt. b. d. Chir. klin. in Heidelberg section. d. path. anat.
Schun. — Ausrothung eines cancer Fasciculatus der Schildrüse, v. 2, mal einer struma glandelosa mittelst. Galvano casnistik Wiener medic. Wochenschrift, 1859, S. 641.
Sonnenburg. — Briefliche Mittheilung.
Stromeyer. — Handbuch der Chirurgie, t. II.
Susking (A.) — Med. corr. Bl. d. Wurthenberg aerz. V, 1875, Bd. 45, nº 29; 1867, Bd. 37, S. 321, l. c. t. VI; l. c. S. 54, Fall VII. Uber extirpation von Strumen Tubingen. Dissertat, 1877, Tub, VII. (Ferdinand Notter) l. c. S. 44.

THELLIEZ. — Thèse Paris, 1862.

ULRICH. — Erfahrungen über die Kùnstliche Eroffnung der Lustrohe Wiener medic. zeitschrift, 1860, 13, v. 14. S. 195.

VALLERIAN. — Bull. soc. anat., 1874.

VIRCHOW. — Traité des tumeurs, t. III, p. 243. Berl. klin. Woch. vol. 12, p. 201. 1885.

WINIWARTER. — Beitrage zür Statistick der carcinome, 1879, S. 252.

WOELFLER. — Arch. für kl. chir., t. XXIV. Zür chirurgische Behandlung des Kropfes arch. für klin. chir. Bd. XXIV, S. 170.

ZIEGLER. — Anat. path. Iena, p, 714.